



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO



FACULTAD DE DERECHO

VULNERACIÓN AL DERECHO HUMANO AL TRABAJO DE LOS
MÉDICOS RESIDENTES EN INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL.

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN DERECHO

PRESENTA

VELÁZQUEZ RIVERA SERGUEI

DIRECTOR DE TESIS

M. EN A.P. NEIRA CRUZ JOSÉ CARLOS

REVISORES:

LIC. EN D. DOCTOR BECERRIL MIGUEL ANGEL

DR. EN D. MUÑIZ DÍAZ CARLOS

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO

FEBRERO 2025

INDICE

INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO 1 DERECHO LABORAL MEXICANO	7
1.1 DEFINICIÓN DE TRABAJO O LABOR.....	7
1.1.1 ELEMENTOS DE LA RELACIÓN DE TRABAJO.....	8
1.2 EL TRABAJO COMO DERECHO HUMANO Y CONSTITUCIONAL.	9
1.2.1 DERECHOS HUMANOS.	10
1.2.2 CONSTITUCIÓN POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.	14
1.2.3 DERECHOS LABORALES RECONOCIDOS POR EL ESTADO MEXICANO.....	15
1.3 PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DEL TRABAJO.	16
1.3.1 PRINCIPIO DE CENTRALIDAD DE LA PERSONA DEL TRABAJADOR.	17
1.3.2 PRINCIPIO PROTECTORIO.	18
1.3.3 EL PRINCIPIO DE ACTUACIÓN COLECTIVA.....	19
1.4 TRABAJOS ESPECIALES EN LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO.	19
1.5 CONSECUENCIAS PRINCIPALES DE LAS VIOLACIONES AL DERECHO HUMANO AL TRABAJO	21
1.5.1 EXPLOTACIÓN LABORAL.....	21
1.5.2 TRABAJO FORZOSO.....	22
1.5.3 PRECARIEDAD LABORAL	23
1.5.4 ABUSO LABORAL Y SUS CONSECUENCIAS EN LA SALUD.....	25
CAPÍTULO 2 MÉDICOS RESIDENTES EN ETAPA DE ADIESTRAMIENTO.	28
2.1 ¿QUÉ SON LAS RESIDENCIAS MÉDICAS?	28
2.1.3 ANTECEDENTES EN LA REPÚBLICA MEXICANA.....	29
2.1.4 MOVIMIENTO MÉDICO 1964-1965.	31
2.2 MÉDICOS RESIDENTES.	38
2.2.1 DUALIDAD TRABAJADOR-ESTUDIANTE.....	39
2.4 CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LAS RESIDENCIAS MÉDICAS.....	42
2.3.1 INSTITUCIONES DE SALUD.	42
2.3.2 INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR.	42

2.2.3 UNIDADES MÉDICO RECEPTORAS.	42
2.2.4 SEDE Y SUBSEDE.....	43
2.2.5 JORNADA Y GUARDIAS.....	44
CAPÍTULO 3 SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIAS MÉDICAS Y SU MARCO LEGAL EN EL IMSS.....	47
3.1 SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIAS MÉDICAS.	47
3.1.1 COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD (CIFRHS).....	47
3.1.2 EXAMEN NACIONAL PARA ASPIRANTES A RESIDENCIAS MÉDICAS (ENARM)	49
3.1.3 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.	52
3.2 MARCO LEGAL DE LAS RESIDENCIAS MÉDICAS	55
3.2.1 MARCO LEGAL DEL SISTEMA EDUCATIVO EN MATERIA DE SALUD DE LOS MÉDICOS RESIDENTES EN ETAPA DE ADIESTRAMIENTO.....	56
3.2.2 MARCO LEGAL DEL SISTEMA LABORAL EN MATERIA DE SALUD DE LOS MÉDICOS RESIDENTES EN ETAPA DE ADIESTRAMIENTO.....	64
CAPÍTULO 4 VULNERACIÓN AL DERECHO HUMANO AL TRABAJO DE LOS MÉDICOS RESIDENTES EN INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. 69	
4.2 INSUFICIENCIA DE SEGURIDAD JURÍDICA.	69
4.2.1 LA FIGURA “BECARIO” COMO LAGUNA LEGAL.	70
4.2.2 LAS GUARDIAS COMO ARTIFICIO JURÍDICO.....	74
4.2.3 ACAPARAMIENTO EDUCATIVO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.....	75
4.2.4 INEXISTENCIA DE METODOS DE DEFENSA	78
4.3 FALTA DE PROTECCIÓN AL MÉDICO RESIDENTE.....	79
4.3.1 ROTACIÓN DE CAMPO	80
4.3.2 PARADOJA ECONÓMICA, BIEN PAGADOS, PERO MAL REMUNERADOS.	84
4.3.3 CAPACIDAD DE ATENCIÓN A LOS DERECHOHABIENTES	85
4.3.4 CONSECUENCIAS DE LA FALTA DE PROTECCIÓN	89
4.4 REPERCUSIONES DE LOS MÉDICOS RESIDENTES EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	94
4.4.1 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	94
4.4.2 REPERCUSIONES FÍSICAS.....	98
4.4.3 REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS.....	99

4.4.4 PROBLEMATICAS LEGALES, EDUCATIVOS Y OTROS.....	101
4.5 SINDROME DE BURN OUT Y/O SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL.....	102
4.5.1 SINDROME DE BURN OUT EN LOS MÉDICOS RESIDENTES EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	105
4.6 CONCLUSIONES	106
4.7 POSIBLES SOLUCIONES.....	108
ANEXOS	112
Referencias	116

TABLAS		
TABLA 1	EPOCAS DE LOS DERECHOS HUMANOS	11
TABLA 2	ELEMENTOS DE LOS DERECHOS HUMANOS	13
TABLA 3	PRINCIPIO PROTECTORIO	18
TABLA 4	PRINCIPIO ACTUACIÓN COLECTIVA	19
TABLA 5	TRABAJOS ESPECIALES	20
TABLA 6	DIMENSIONES DE LA PRECARIEDAD LABORAL	24
TABLA 7	BLOQUES DE ESPECIALIDAD	49
TABLA 8	INFORME ANUALES CIFRHS	50
TABLA 9	PUNTAJES MÁXIMOS Y MÍNIMOS 2021	50
TABLA 10	REQUISITOS ENTRADA INDIRECTA	51
TABLA 11	UNIDADES MÉDICAS DE ROTACIÓN DE CAMPO IMSS	81
TABLA 12	SALARIOS IMSS	85
TABLA 13	CAMAS CENSABLES	88
TABLA 14	POBLACIÓN	88
TABLA 15	SINTOMAS DEL BURN OUT	104

GRÁFICOS		
CALENDARIO 1	EJEMPLO GUARDIA ABC	45
CALENDARIO 2	EJEMPLO GUARDIA ABCD	46

INTRODUCCIÓN

Los médicos residentes en etapa de adiestramientos son profesionales de la medicina en formación, después de haber sido seleccionados a través del Examen Nacional de Residencias Médicas (ENARM). Este proceso de selección permite a los aspirantes a ingresar al sistema de enseñanza de especialidad médica, que integra el aprendizaje teórico con la práctica intensiva bajo supervisión de médicos especialistas. Durante un periodo de tres a seis años, dependiendo de la especialidad seleccionada, los médicos residentes en etapa de adiestramiento se familiarizan y obtienen aptitudes y habilidades clínicas. Sin embargo, su papel es uno de los pilares de la estructura del Sistema Nacional de Salud, haciendo que si situación laboral se vea debatida en condiciones de excesiva carga laboral, de responsabilidades y de violaciones de los derechos humanos y laborales.

A lo largo de su adiestramiento, los médicos residentes enfrentan jornadas de trabajo que superan en demasía los límites establecidos por el artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, con horarios laborales que pueden rebasar las 80 horas semanales. Aunado a ello, la remuneración que reciben es inferior en comparación con otros profesionales con el mismo grado académico, a pesar de que su desempeño y carga de trabajo son equiparables.

Además, la existencia e imposición del programa “Rotación de Campo”, forma parte indiscutible de los requisitos de la residencia, mismo que implica el traslado a unidades médicas de otras entidades federativas del país, en condiciones de ruralidad, y con recursos limitados e insuficientes. En estos entornos, los médicos residentes asumen responsabilidades equivalentes a un especialista, pero en condiciones mucho más controversiales: largas horas de trabajo, falta de supervisión y escasez de material.

La insuficiente capacidad de las unidades médicas para atender a los derechohabientes ha ocasionado que el Instituto Mexicano del Seguro Social, dependa de los médicos residentes, supliendo la necesidad de estos especialistas con mano de obra barata, en lugar de la contratación de personal adicional. Consecuentemente, los médicos residentes en etapa de adiestramiento obtienen roles que exceden su rol educativo, exponiendo y permitiendo la sobrecarga laboral.

Asimismo, los mecanismos de denuncia y métodos de defensa legal dentro del Sistema Nacional de Salud son ineficaces e ineficientes, provocando un círculo vicioso sobre una cultura de silencio y resignación, ya que aquellos que llegan a levantar su voz o instaurar las denuncias, se ven en conflictos y represalias académicas y laborales.

El estrés constante proveniente de la presión académica y falta de descanso han favorecido la aparición del Síndrome de Burn Out o de Desgaste Profesional. Trastorno que se caracteriza por un agotamiento extremo, reducción de la eficacia profesional, de la percepción de uno mismo y hasta en la despersonalización del individuo. Atentando contra el bienestar físico, emocional e integral de los médicos residentes en etapa de adiestramiento.

Para abordar esta cuestión, el estudio actual utilizará métodos mixtos en su enfoque, que incluyen tanto la recopilación de datos cuantitativos como el examen cualitativo de los médicos residentes. A través de cuestionarios y conversaciones se revelará el puesto de trabajo, la carga laboral, el nivel de desgaste y el acoso que viven.

Esta información nos permitirá entender la situación actual de los médicos residentes y sugerir medidas que contribuyan a mejorar sus condiciones de trabajo. La propuesta demuestra que estos programas imponen horarios de trabajo desmedidos fuera de las reglas, no aseguran sueldos equitativos ni un acceso total a beneficios sociales, y emplean a los residentes como trabajadores versátiles y de bajo costo. Además, la ausencia de medidas eficaces para proteger sus derechos promueve la explotación y los lleva a ambientes de trabajo que impactan de manera adversa en su salud, educación y bienestar.

La investigación de esta afirmación contribuiría a una comprensión más completa de cómo la dinámica del trabajo en el IMSS afecta la vida profesional y personal de los médicos residentes. Se pretende demostrar que la residencia médica no es una etapa formativa organizada en condiciones óptimas de aprendizaje, sino que se ha convertido en un periodo de desgaste físico y psicológico que afecta la calidad de vida de quien la realiza. Para abordar esta cuestión, el estudio actual utilizará métodos mixtos en su enfoque, que incluyen tanto la recopilación de datos cuantitativos como el examen cualitativo de los médicos residentes. A través de cuestionarios se irá revelando la realidad del trabajo, la carga laboral, el nivel de desgaste y el acoso que viven. Esta información proporcionará a los residentes una visión de su realidad actual y permitirá proponer acciones que ayuden a mejorar sus condiciones laborales, garantizando un ambiente de trabajo justo y respetuoso.

CAPÍTULO 1 DERECHO LABORAL MEXICANO

1.1 DEFINICIÓN DE TRABAJO O LABOR.

La etimología de la palabra “trabajo” es incierta, pues al no tener un origen certero, evita una correcta interpretación de su nacimiento, aunque la raíces de esta no han desaparecido por completo.

Varios autores del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM (1994), sostienen que proviene del significado “traba” del latín de las palabras “**trabs**, **trabis**”, pues se interpreta como los obstáculos o dificultades que el humano debía superar mediante el esfuerzo. Asimismo, agregan que “**laborare o labrare**”, es la causalidad de la palabra “labor”, términos referidos a la labranza de la tierra. Otro supuesto, afirma que su origen proviene del concepto griego “**thilbo**”, que indica una acción de apretar, oprimir o afligir.

Un concepto sencillamente explicado y relativamente bien aceptado, lo brinda el Dr. Pablo Guerra (2011), que lo define como:

“Aquella actividad propiamente humana, que hace uso de nuestras facultades tanto físicas como morales e intelectuales; conducentes a obtener un bien o servicio necesario para la satisfacción propia y a veces ajena de algún tipo de necesidad.” (Sociología del Trabajo, p.84)

Desde la vista económica el Diccionario de Economía y Finanzas (2005), lo trata como “uno de los factores productivos básicos, junto con la tierra y el capital, que se combina con ellos para la producción de bienes y servicios”. También agrega que al ser un servicio, se establece y se mercancia dentro del mismo mercado laboral.

Con miras a evitar diferencias conceptuales, la palabra “labor” se considera sinónimo de la palabra “trabajo”. La misma Real Academia Española (RAE, 2022), la define como la acción y efecto de trabajar, además de que la Universidad de Oxford (2022), la conceptualiza como cualquier trabajo que realiza alguien, o en su defecto, el conjunto de trabajos o acciones que son hechos con un fin determinado.

Consecuente a lo anterior, el concepto en que se basará el presente trabajo de investigación, lo brinda el artículo 8° de la Ley Federal del Trabajo (LFT, 2024), que lo define como “*toda actividad humana, intelectual o material, independientemente del grado de preparación técnica requerido por cada profesión u oficio*”.

El académico Carlos Reynoso Castillo en su trabajo “Derecho del trabajo, panorama y tendencias” (2006) destaca 3 puntos clave para el entendimiento del trabajo o de labor:

- a) El trabajo como acción y efecto de trabajar se refiere al esfuerzo humano aplicado a la producción de la riqueza.
- b) El trabajo, en su acepción de origen latín, denota dolor, sufrimiento y tortura. Conceptos que pueden encontrarse bajo la idea de trabajo como sufrimiento y esfuerzo.
- c) El trabajo productivo y el trabajo no productivo. El primero se refiere al trabajo como factor generador de riqueza y el segundo es el trabajo como ocupación en la que puede tener cabida el ocio.

Asimismo, es importante definir el concepto de la **relación de trabajo** y sus tres requisitos indispensables dispuestos en el artículo 20 de la LFT:

“Artículo 20.- Se entiende por relación de trabajo, cualquiera que sea el acto que le dé origen, la prestación de un trabajo personal subordinado a una persona, mediante el pago de un salario.” (LFT, 2024)

1.1.1 ELEMENTOS DE LA RELACIÓN DE TRABAJO.

- A) PRESTACIÓN PERSONAL DEL SERVICIO:** Las labores únicamente pueden desarrollarse por la persona que fue contratada para ello y lo puede recibir la persona física o moral que requirió dichas labores. (IDC Online, 2012)
- B) SUBORDINACIÓN:** Implica por una parte el poder jurídico de mando que tiene el patrón para ordenar, supervisar y dirigir al trabajador dentro de su jornada de labores en lo referente al desarrollo del servicio contratado, y por otra la obligación del trabajador de cumplir con las instrucciones recibidas, siempre y cuando se refieren al trabajo contratado. (IDC Online, 2012)
- C) SALARIO:** Se denomina salario al dinero que una persona recibe como consecuencia de realizar un determinado servicio, dinero que se concede de forma regular cada cierto período de tiempo. (Enomia.org, 2014)

1.2 EL TRABAJO COMO DERECHO HUMANO Y CONSTITUCIONAL.

El trabajo al ser una actividad inminente al ser humano, al ser el medio por el cual se asegura las necesidades básicas y el intentar alcanzar el nivel de vida deseado, es imposible concebir la vida sin este, es decir, el trabajo es inseparable al ser humano. Consecuente a lo dicho, la necesidad de crear una protección a dicha actividad resulta indispensable para el cumplimiento de otros derechos humanos y garantizar la dignidad humana. Tanto así, que estas protecciones son derechos fundamentales.

El derecho laboral o derecho del trabajo es el conjunto de normas jurídicas que regulan la relación de los trabajadores con los patrones, por lo que, abarca todo lo relativo a la relación laboral. (UNIR, 2022)

Considerado como derecho social, toda vez que porta de manera directa el crecimiento y desarrollo de una población. El derecho al trabajo según la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH, 2016) tiene 3 elementos fundamentales:

- a) Libertad de ejercer cualquier profesión lícita sin injerencia de alguna autoridad pública.
- b) El derecho a tener trabajo, con la cuestionable obligatoriedad del Estado y los empleadores para proveer trabajo a las personas.
- c) Dignidad, todo trabajo debe tener las condiciones mínimas justas.

El derecho al trabajo se debe de tomar como un derecho propio e individual, tal como se aclara en la Observación número 18 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales (2005), este derecho no es condicional a la obtención de un empleo de manera directa u obligatoria. El derecho laboral reconoce como único titular de ejercer dichos preceptos a la persona que satisfaga sus necesidades básicas mediante su misma dignidad humana.

Asimismo, estos derechos son inherentes a diversos derechos humanos, tales como a la igualdad, a la seguridad social, a la no discriminación, a la libertad de expresión, también, en dichos preceptos, no se puede separar a sus derechos que goza por ser humano o ciudadano, por lo que genera la imposibilidad de alterar, mermar o disminuir en ninguna circunstancia o situación.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC, 2005) ha reafirmado en múltiples ocasiones la necesidad de que los Estados Parte fomenten

mecanismos y métodos que permitan la protección a los derechos de los trabajadores, toda vez que estos son muy endeble y bastantes dependientes de que los Estados puedan garantizar las condiciones para un trabajo digno para las personas.

1.2.1 DERECHOS HUMANOS.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH, 2022) define como derechos humanos todos aquellos derechos que son inherentes a la raza humana, cuya realización es indispensable para el desarrollo integral de la persona, sin distinción de nacionalidad, sexo, etnia, religión o cualquier condición. Estos derechos son universales, inalienables, interrelacionados, interdependientes e indivisibles.

A mayor comprensión Juana Patlán (2016) recopila elementos fundamentales para describirlos como los privilegios fundamentales que el hombre posee por su misma naturaleza y en defensa de su dignidad. Ende su importancia y naturaleza, son innatos, inalienables e imprescriptibles en pos de desarrollar la personalidad, la dignidad y el valor de las personas como máximo valor jerárquico, asimismo, ostentan la funcionalidad de mecanismo de respeto y atención que los seres humanos reciben por medio del poder político y el Estado.

La institución análoga a nivel estatal encargada de promover y proteger dichos derechos, es decir, la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México (CODHEM, 2022), los define de manera textual como “derechos que el humano posee por el hecho de ser humano, por su propia naturaleza y dignidad; es todo aquel grupo de derechos que tiene cada humano sin excepción alguna”

“En la Declaración Universal de Derechos Humanos emitida en 1948 atinadamente se incluye un conjunto de derechos laborales, los cuales se perfilan como parte de los derechos humanos. Estos se refieren al derecho a la libertad de trabajo, la prohibición de la esclavitud y de la servidumbre, la prohibición del trabajo forzoso u obligatorio, el derecho al trabajo, la protección contra el desempleo, la protección contra el despido, la prohibición de la discriminación en materia de empleo y ocupación, la igualdad de remuneración por un trabajo de igual valor, la prohibición de la discriminación de personas con responsabilidades familiares, la seguridad e higiene en el trabajo, el derecho a condiciones justas, equitativas y satisfactorias del trabajo (la jornada máxima de trabajo, el descanso semanal remunerado, el descanso remunerado en feriado y las vacaciones periódicas pagadas), el derecho a una remuneración mínima, el derecho a la promoción en el empleo,

el derecho a la formación profesional, el derecho a la información y a la consulta en el seno de la empresa, el derecho a la información y a la consulta en los procedimientos de despido colectivo, el derecho a la tutela de los créditos en caso de insolvencia de sus empleadores, la libertad sindical, el derecho a la protección de los representantes de los trabajadores y facilidades para el ejercicio de sus funciones, los derechos a la negociación colectiva, a la huelga, a la seguridad social (la asistencia médica, las prestaciones monetarias o seguros de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos, las prestaciones por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, las prestaciones por maternidad, etc.), la protección especial a los menores de edad, a las mujeres trabajadoras, a los trabajadores migrantes y a personas con discapacidad, entre otros.” (Patlán, 2016)

El reconocimiento a los derechos humanos no fue una acción que haya sido realizado desde el principio de la aparición de humano, por lo que ha tenido que atravesar largas etapas de tiempo, que conllevaron de manera aparejada múltiples conflictos sociales armados, regulaciones y discusiones de los Estados. Los derechos humanos han sido resultado de la búsqueda de la defensa de ciertos valores y necesidades que se efectuaron en diferentes épocas.

TABLA 1 EPOCAS DE LOS DERECHOS HUMANOS

GENERACIÓN DE DERECHOS	ÉPOCA DE ACEPTACIÓN	TIPO DE DERECHOS	VALOR QUE DEFENDEN	FUNCIÓN PRINCIPAL	EJEMPLOS
Primera	S. XVIII y XIX	Civiles y políticos	LIBERTAD	Limitar la acción del poder. Garantizar la participación política de los ciudadanos.	Derechos Civiles: Derecho a la vida, a la libertad, a la seguridad, a la propiedad... Derechos Políticos: Derecho al voto, a la asociación, a la huelga...
Segunda	S. XIX y XX	Económicos, Sociales y Culturales	IGUALDAD	Garantizar unas condiciones de vida dignas para todos	Derecho a la salud, a la educación, al trabajo, a una vivienda digna...
Tercera	S. XX y XXI	Justicia, paz y solidaridad	SOLIDARIDAD	Promover relaciones pacíficas y constructivas	Derecho a un medio ambiente limpio, a la paz, al desarrollo...

Tabla de Elaboración propia con información de Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, (2011)

1.2.1.1 EL DERECHO HUMANO DEL TRABAJO.

Perteneciente a la segunda época, tiene su origen en la Constitución Mexicana de 1917 y en la Constitución Alemana de Weimar de 1919, como consecuencia del

proceso fundamental de la Revolución Industrial (CNDH, 2016). Resultante de fomentar la igualdad entre las personas como valor principal, busca ofrecer a los trabajadores el acceso a nuevas oportunidades y condiciones que le permitan una buena calidad de vida.

Atento a lo anterior, en 1948 la Asamblea General de Organización de las Naciones Unidas (AGONU, 1948) en la Declaración Universal de los Derechos Humanos reconoce el derecho al trabajo, tal como se cita el artículo 23 de dicha declaración.

“Art. 23.

- a) Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo.
- b) Toda persona tiene derecho, sin discriminación alguna, a igual salario por trabajo igual.
- c) Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y que será completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social.
- d) Toda persona tiene derecho a fundar sindicatos y a sindicarse para la defensa de sus intereses.”

México forma parte de la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2024), relativo al sistema de la ONU, que se encarga de procurar en contenido de la materia laboral en el derecho internacional, en observancia al cumplimiento de los Estados parte a los derechos mencionados.

Considerando lo anterior, es importante recalcar que el Estado mexicano, al incorporarse de manera libre, acepta los principios y derechos que han sido reconocidos mediante los convenios dentro y fuera de la Organización. Además, cabe mencionar, que, aunque México solo ha ratificado 78 de los 188 adoptados por la OIT, todos los Estados miembros tienen la obligación por mera pertenencia a esta, el hacer efectuar los principios adoptados dentro de su constitución.

Acorde al artículo sexto del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1966), todo trabajo debe respetar los derechos fundamentales de los humanos, así como proveer de seguridad social y remuneración acorde a lo laborado, remuneración que deba permitir al trabajador acceder a una renta y asegurar una condición de vida de calidad a sus familias. Asimismo, la PIDESC (1966) establece los elementos que debe de garantizar los

Estados parte para que exista la posibilidad de crear empleos con lo anteriormente mencionado, siendo los elementos de:

TABLA 2 ELEMENTOS DE LOS DERECHOS HUMANOS

Disponibilidad:	Accesibilidad:	Calidad
Los Estados Parte deben de contar con los servicios dirigidos al apoyar a los gobernados a identificar los empleos disponibles y acceso a estos.	El mercado laboral debe de ser abordable a todo individuo que se encuentre bajo la jurisdicción del Estado. Accesibilidad por igualdad entre las partes. Prohibiendo todo tipo de discriminación o acción que impida que las personas obtengan empleo ya sea por su raza, sexo, genero, origen, posición económica o cualquier situación que atente al derecho de igualdad de personas. Accesibilidad Física. Los trabajos deben de contar con la infraestructura y posibilidad de permitir la labor de las personas con discapacidad. Accesibilidad mediática. Los Estados Parte deben de procurar el difundir la información e instrucción sobre los medios para la obtención de un trabajo remunerado, apoyando en los mercados locales e internacionales.	Los Estados deben de mantener las condiciones justas y favorables para el trabajador, sobreprotegiendo la libertad de elegir y aceptar libremente el empleo, así como de su derecho de la libertad sindical.

Tabla de Elaboración propia con información del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, (1966)

1.2.2 CONSTITUCIÓN POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

Resultante de la guerra civil emprendida en contra del gobierno de Porfirio Díaz en el año 1910, consecuencia del que el mandatario Venustiano Carranza impulsa al Congreso Constituyente a efecto de que se realicen modificaciones a la carta magna de 1857, en pos de insertar como derechos fundamentales los temas concernientes a la educación, propiedad, comunidad de la tierra y sobre el derecho de los trabajadores. Con las modificaciones realizadas, permite la promulgación y vigencia de la nueva Constitución de los Estados Unidos Mexicanos en 1917.

Conocida como la norma máxima o norma fundamental del ordenamiento jurídico, la Constitución es la fuente principal o base del derecho nacional, en pos de que dicha norma determina las bases de los derechos, garantías, instituciones, estructura y funcionamientos del país.

Definido por Real Academia de la Lengua Española (RAE, 2023) “la ley fundamental de un Estado, con rango superior al resto de las leyes, que define el régimen de los derechos y libertades de los ciudadanos y delimita los poderes e instituciones de la organización política”.

Mientras que la RAE resalta su naturaleza como la ley suprema de un Estado, SITEAL (2023) complementa esta visión al detallar cómo delimita las relaciones entre los poderes y niveles de gobierno, así como su función como pacto social fundamental.

“Norma fundamental establecida para regir jurídicamente al país, la cual fija los límites y define las relaciones entre los poderes de la federación: legislativo, ejecutivo y judicial, entre los tres órdenes diferenciados del gobierno: federal, estatal y municipal, y entre todos aquellos y los ciudadanos. Fija las bases para el gobierno e instituciones en que el poder se asienta y establece, en tanto pacto social supremo de la sociedad mexicana, los derechos y los deberes del pueblo mexicano.” (SITEAL, 2023)

Es el instrumento base para la construcción de las nuevas ciudadanías, en vista de la imposibilidad de alterar la realidad de manera inmediata, su función es apuntar y dirigir el futuro a escenarios deseables y posibles.

Dividida en parte orgánica y dogmática busca encontrarse en armonía con la división de poderes y la máxima protección a los derechos humanos y fundamentales. Mientras que la parte dogmática, comprendida de los artículos primero a trigésimo noveno, busca la impregnación de los Derechos Humanos, así

como de los mecanismos y garantías que protejan o reivindiquen; mientras que la parte orgánica, comprendida del artículo cuadragésimo al artículo céntimo trigésimo sexto, determina las facultades y restricciones que el Estado debe de poseer.

Reformada el once de junio de 2011 al artículo primero de la Constitución Política Mexicana (CPEUM, 1917) surge como parteaguas en el derecho mexicano, al incorporar todos los derechos humanos que la Estado mexicano había reconocido en sus tratados internacionales, amplía el marco jurídico a proteger sobre los derechos fundamentales.

Mediante la presente carta magna el Estado se obliga a promover, proteger y garantizar todos los derechos humanos en cada instancia, institución y autoridad que tenga a su alcance; y en su caso contrario, se obliga sancionar y reparar toda violación a lo estipulado anteriormente, prohibiendo de manera explícita, todo ataque y menoscabo a la dignidad humana en cualquiera de sus presentaciones.

En materia constitucional la base a la protección de los derechos del trabajo se sustenta en los artículos quinto y centésimo vigésimo tercero. El artículo quinto de la CPEUM establece de manera clara los primeros derechos, oportunidades en materia del trabajo, y las limitaciones que trae consigo. Al pertenecer a la parte dogmática de la constitución se sustenta mayormente en los derechos humanos del trabajador, tales como la prohibición de ejercer determinada actividad, la prohibición de trabajo sin remuneración, el destierro como clausula penal, y los atentados en contra de la dignidad del trabajo digno. Igualmente, establece ciertas reglas a ciertas profesiones y las situaciones que permitan un trabajo no retribuido como el servicio social.

El artículo 123 constitucional, se encuentra dividido en dos apartados. El apartado A, en el cual se encuentra todo lo relativo entre la relación entre patrón-trabajador; y el apartado B, todo lo consecuente a los servidores públicos o de gobierno. Consecuente a lo dicho, la ley encargada de regular estas relaciones del apartado A, es la Ley Federal del Trabajo, mientras que del apartado B, la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del Artículo 123 Constitucional (LFTSE, 2024).

1.2.3 DERECHOS LABORALES RECONOCIDOS POR EL ESTADO MEXICANO.

De manera conclusiva y específica, se señala que los derechos laborales vigentes y establecidos por los diversos convenios y leyes, son los siguientes:

- a) A la huelga.
- b) Conocer las condiciones bajo las cuales se va a prestar el servicio contratado.
- c) Conocer los reglamentos de higiene, seguridad e interinos de los establecimientos.
- d) Descanso para gozar de un periodo de descanso anterior y posterior al parto.
- e) Descanso un día por cada 6 trabajados.
- f) Días de descanso establecidos por la ley.
- g) Dirimir conflictos obrero-patronales.
- h) Disfrute de seguros de invalidez, de vejez y de vida.
- i) Formación de sindicatos, coaliciones o asociaciones en pro de sus derechos,
- j) Indemnización o reinstalación en centro de trabajo en caso de despido injustificado.
- k) Jornada laboral no mayor a las 8 horas establecidas.
- l) La estabilidad de empleo.
- m) Obtención de créditos.
- n) Pago de aguinaldo.
- o) Pago de prima de antigüedad.
- p) Que los establecimientos sean higiénicos y salubres.
- q) Recibir capacitación y adiestramiento.
- r) Recibir su salario en moneda en curso legal circulante y no en especie.
- s) Recibir una constancia del número de días trabajados y el salario percibido.
- t) Remuneración doble en caso de jornada extraordinaria.
- u) Reparto de utilidades.
- v) Salario igual por trabajo igual, sin ningún tipo de discriminación.
- w) Salario mínimo.

1.3 PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DEL TRABAJO.

Como un tema superior a la norma jurídica positiva, Humberto Podetti (1997) toma a los principios generales del derecho como las ideales que constituyen los conceptos fundamentales sobre las bases de la organización legal, siendo emitidos con la finalidad de supletoria e interpretativa para poder fundamentar cualquier ordenamiento jurídico.

“Las funciones de los principios son, a la vez, integrativa, como un instrumento técnico para calcular una laguna del ordenamiento; interpretativa, como un modo de subsumir el caso en un enunciado amplio, que ayuda al intérprete a orientarse en la interpretación correcta, con adecuación a los valores fundamentales; finalística, al permitir orientar hacia

finés más amplios de política legislativa; delimitativa, al poner un límite al actuar de la competencia legislativa, judicial y negocial; y fundante, al ofrecer un valor para fundar internamente al ordenamiento y dar lugar a creaciones pretorianas.” (Podetti, 1997)

Margot Pacuar en su obra *“Las funciones de los principios constitucionales en el actual constitucionalismo”* (2010), manifiesta que las funciones de los principios no solamente abarcan a suplir de manera eficiente los vacíos o lagunas legales que fuesen surgiendo de manera espontánea, sino que cumplen con funciones de fuente formal y material, toda vez, que establecen las direcciones a las que deben de acatarse los procesos de elaboración, modificación y derogatorias de las fuentes formales, así como de permitir una correcta integración e interpretación de la norma creada, por lo cual permite que el legislador observe dicho principio desde la iniciativa. Asimismo, se toma como un criterio orientador para los intérpretes del derecho, establecen los criterios y orientaciones que deben seguirse en los diversos supuestos, es decir, aunque no resuelvan de manera directa aporta los criterios suficientes para la aplicación de las normas restantes. Y como función supletoria, en los supuestos donde la ley formal o material, los principios permiten llenar los vacíos y lagunas, por lo tanto, los principios se transforman en una ley forma supletoria.

El derecho del trabajo, al ser tomado como una materia dentro del derecho mexicano, fue brindado con principios propios, y ante los múltiples cambios sociales, políticos y económicos, resultan de gran importancia en pos de mantener las regulaciones jurídicas de las relaciones de trabajo, y generar una adaptabilidad a los tiempos presentes y futuros. Por lo que, al ser múltiples principios, resulta la necesidad de clasificarlos en el principio nuclear, principios básicos protectores y principios básicos de actuación colectiva.

1.3.1 PRINCIPIO DE CENTRALIDAD DE LA PERSONA DEL TRABAJADOR.

Proveniente de la valoración de los derechos fundamentales, la evolución del derecho natural permite ver a la persona como núcleo o centro de los derechos positivos y privados. Esta visualización se concentra en el trabajador y sus derechos alrededor de él, por lo que, el trabajo, al tratarse de una relación caracterizada por ser un trabajo rendido a otros mediante la subordinación a cambio de una remuneración que resulte en la dependencia de un salario como única fuente de sustento, cabe encuadrar al derecho del trabajo como un principio nuclear en la centralidad del trabajador. Es decir, todo el derecho del trabajo está regulado, ordenado y dirigido a la tutela a la libertad y dignidad del trabajador. (Podetti, 1997)

1.3.2 PRINCIPIO PROTECTORIO.

Podetti (1997), en su obra *Los principios del derecho del trabajo*, define que este ramo jurídico tiene como objetivo fundamental proteger al trabajador, promoviendo un orden social pacífico y moralmente justo. El autor sostiene que este principio busca tutelar de manera preferencial al trabajador para equilibrar las condiciones entre las partes desiguales. Asimismo, afirma que, debido a la persistencia de las desigualdades, dicho principio sigue vigente y da origen a diversos subprincipios derivados:

TABLA 3 PRINCIPIO PROTECTORIO

a) Principio de indisponibilidad:	Impone al trabajador la restricción de negociar, reducir, transferir o renunciar a los derechos que obtiene al ingresar al centro de trabajo.
b) Principio de la condición más beneficiosa:	Derecho adquirido, es decir a todo trabajador que reúna todos los supuestos legales podrá recibir en situaciones concretas, los beneficios más amplios que en derechos proceda a su favor.
c) Principio de Igualdad de trato	Se concreta cuando el patrón realice tratamiento igual, para iguales en iguales situaciones. Es decir, prohíbe el trato diferente partidario.
d) Principio de favor de la duda	Proveniente del <i>principio in dubio operario</i> , en materia laboral, en las situaciones donde se genere una duda real debe resolverse a la parte más vulnerable, por lo tanto, operará a favor del trabajador.
e) Principio de primacía de la realidad	Ante las constantes simulaciones de acto, este principio nace en pos de que en situaciones donde la realidad difiere a los documentos o constancias, debe darse preferencia a la realidad material y de campo.
f) Principio de conservación de contrato	Proveniente del principio general del derecho contractual, se entiende como la forma clásica de una relación laboral para toda la vida, entendiéndose que este principio conserva lo estipulado hasta donde sea posible lo pactado por las partes al realizar el contrato.

Tabla de Elaboración propia con información de Humberto Podetti (1997)

1.3.3 EL PRINCIPIO DE ACTUACIÓN COLECTIVA.

Este principio permite y protege a que los grupos de oficio, profesionales o de obra ejerzan su derecho a la autoorganización. Este principio se sustenta bajo sus cuatro principios derivados

TABLA 4 PRINCIPIO ACTUACIÓN COLECTIVA

a) Principio de Libertad Sindical	Permite que el individuo tenga la opción de decidir si integrarse o no un Sindicato, a constituir u organizar un sindicato externo, o en su defecto, actuar externamente.
b) Principio de autonomía normativa	Su finalidad reside en que la voluntad colectiva de los trabajadores se vea representada a través de su sindicato para negociar y realizar convenios colectivos a favor de los intereses de los trabajadores.
c) Principio de autotutela laboral colectiva	Basado en supuesto de conflictos, permite el ejercicio de defensa de los intereses y derechos de los trabajadores mediante la acción de huelga y medidas similares.
d) Principio de participación	Definido como la responsabilidad que cargan los empleados en el manejo de la empresa, así como de los resultados obtenidos, mismo que varía acorde al nivel y circunstancias en las que se encuentra el trabajador en la empresa.

Tabla de Elaboración propia con información de Humberto Podetti (1997)

1.4 TRABAJOS ESPECIALES EN LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO.

Con las diversas categorías de trabajo que existen, los legisladores mexicanos en su afán de regular las relaciones laborales y proteger los derechos de los trabajadores, establecieron diversas categorías a las particularidades de cada trabajo.

Estos trabajos, denominados "trabajos especiales", se caracterizan por presentar condiciones laborales distintas a las del trabajo ordinario, por lo que, exigen normas específicas para garantizar la equidad y justicia en las relaciones laborales.

Se consideran trabajos especiales, aquellos que, por la naturaleza de su prestación, se rigen por una regulación especial dentro de la Ley Federal del Trabajo, mismas que se encuentran especificados de los artículos 181 al 353-U del Título Sexto de la LFT. (Morales J. D., 2022). También se pueden definir como aquellas modalidades laborales que, por razones inherentes a su naturaleza, requieren de una regulación específica para proteger los derechos de los trabajadores y garantizar condiciones de trabajo justas y equitativas.

TABLA 5 TRABAJOS ESPECIALES

Característica	Trabajos Especiales	Trabajos Ordinarios
Definición	Aquellos que, por sus condiciones particulares de ejecución, requieren una regulación especial para garantizar la protección de los derechos de los trabajadores.	Aquellos que no presentan características especiales y, por lo tanto, se rigen por las disposiciones generales de la LFT.
Ejemplos	Trabajo a domicilio, nocturno, a tiempo parcial, a destajo, en obras públicas, portuario, de médicos residentes, de artistas, de personal doméstico, etc.	La mayoría de los empleos en fábricas, oficinas, comercios, etc.
Jornada laboral	Puede ser irregular, nocturna, por turnos, o con descansos intermitentes, según la naturaleza del trabajo.	Generalmente, jornada diurna continua o con descansos establecidos.
Remuneración	Puede ser por pieza, por tarea, por comisión, o con complementos especiales (por ejemplo, viáticos para trabajadores de campo).	Generalmente, salario fijo por hora, día o mes.
Prestaciones	Pueden tener prestaciones adicionales o reducidas, dependiendo de las características del trabajo (por ejemplo, trabajadores agrícolas pueden tener derecho a vivienda).	Generalmente, las prestaciones establecidas en la LFT para todos los trabajadores (vacaciones, aguinaldo, etc.).
Riesgos laborales	Pueden estar expuestos a riesgos específicos (por ejemplo, trabajadores de la construcción, mineros).	Riesgos laborales generales, pero menos específicos.
Seguridad social	Pueden tener esquemas especiales de seguridad social (por ejemplo, IMSS para trabajadores del campo).	Generalmente, afiliación al IMSS.

Régimen de contratación	Puede haber modalidades especiales de contratación (por ejemplo, contratos de temporada).	Generalmente, contrato individual de trabajo.
Supervisión	Puede requerir modalidades de supervisión especiales (por ejemplo, trabajadores a domicilio).	Supervisión directa en el centro de trabajo.
Legislación aplicable	Además de la LFT, pueden aplicarse otras leyes o reglamentos específicos (por ejemplo, Ley de Navegación para trabajadores marítimos).	Principalmente, la LFT.

Tabla de Elaboración propia con Información de la Ley Federal del Trabajo (2024)

1.5 CONSECUENCIAS PRINCIPALES DE LAS VIOLACIONES AL DERECHO HUMANO AL TRABAJO

1.5.1 EXPLOTACIÓN LABORAL.

Para poder entender a lo que se refiere la explotación en el ámbito laboral, se debe de entender lo que se toma como explotación, el diccionario panhispánico de la RAE (2023) la toma como el acto de aprovecharse de manera injusta para propio beneficio de manera sexual, servicios forzosos, esclavitud o prácticas similares a esta, o en su defecto, la inducción a la realización de actividades delictivas.

Remarcando de mayor manera, la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (2015), con fin de actualizar y complementar el artículo 21 fracción 3 de la Convención Americana sobre los derechos humanos, conceptualiza y señala los supuestos que generan la explotación del hombre por hombre. Coincide de gran manera con la definición mencionada, y la señala como la situación en la que una persona o grupo de personas utiliza abusivamente en su provecho los recursos económicos de las personas, el trabajo de éstas o a las personas mismas. Además de que reafirma las situaciones de esclavitud, servidumbre y trabajos forzosos colman los supuestos, y agrega la usura como forma de explotación.

La RAE (2022) en el diccionario español jurídico define a la explotación como “Acto de aprovecharse injustamente de otro para su propio beneficio”. Asimismo, la página dedicada a brindar conceptos y definiciones, significados.com (s.f.), la conceptualiza como todos aquellos abusos que comete el empleador sobre el empleado, como trabajar bajo una condición de amenaza o percibir un salario que no se corresponde con la responsabilidad, esfuerzo y horas de trabajo.

Para fines del presente trabajo de investigación, nos centraremos en el artículo 21 de la Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos (LGPSEDMTP, 2022) que marca la existencia de Explotación Laboral cuando una persona obtiene, directa o indirectamente, beneficio injustificable, económico o de otra índole, de manera ilícita, mediante el trabajo ajeno, sometiendo a la persona a prácticas que atenten contra su dignidad; bajo las modalidades de:

- “Condiciones peligrosas o insalubres, sin las protecciones necesarias de acuerdo con la legislación laboral o las normas existentes para el desarrollo de una actividad.
- Existencia de una manifiesta desproporción entre la cantidad de trabajo realizado y el pago efectuado por ello.
- Salario por debajo de lo legalmente establecido.” (LGPSEDMTP, 2022)

1.5.2 TRABAJO FORZOSO.

La misma Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2024), define al trabajo forzoso es aquel que se realiza de manera involuntaria y bajo amenaza de una pena cualquiera. Son los actos donde la persona se encuentra obligada por uso de la violencia o intimidación.

Se puede realizar de maneras sutiles como la creación de una deuda inexistente y/o manipulada, la amenaza de denuncia autoridades de migración, o en su defecto, con la retención de documentos como pasaportes o necesarios.

Para ser acreditado como trabajo forzoso debe de cumplir con 3 elementos:

- Trabajo
- Amenaza de cualquier pena.
- Involuntariedad.

Asimismo, Convenio núm. 29 de la OIT (2024) señala cinco casos en los que el trabajo no se considera forzoso, siempre que se cumplan ciertas condiciones. Estas excepciones incluyen:

- Servicio militar obligatorio.
- Deberes cívicos normales que se exigen a los ciudadanos.
- Trabajo en prisión que sea regulado y no abusivo.
- Tareas en emergencias como desastres naturales o guerras.

- Pequeños trabajos comunales de beneficio para la comunidad.

1.5.2.1 DIFERENCIA ENTRE TRABAJO FORZOSO Y EXPLOTACIÓN LABORAL.

Existe una línea difusa entre el trabajo forzoso y la explotación laboral, y bajo el entendimiento de que el primero se asemeja a la denominada “esclavitud moderna”, es necesario poder diferenciar entre los dos conceptos.

A diferencia de la explotación laboral, el trabajo forzoso se obtiene de acciones mayores, y se considera como un crimen que exige penas severas. La OIT (2023) da a entender al trabajo forzoso como el trabajo que se realiza de manera involuntaria y bajo amenaza de una pena cualquiera, en situaciones donde se establezca penas mediante uso de violencia, extorsión, retención de documentos o aprovechamiento de la situación de estadía legal en el país. Asimismo, para poderse considerar como trabajo forzoso resulta necesario cumplir con 3 elementos, la de trabajo o servicio, la amenaza de pena cualquiera y la de involuntariedad.

Además, las prácticas más comunes para forzar al trabajo involuntario residen en la limitación de movimiento del trabajador (ej. Barco pesquero), retención de salarios o documentos de identidad, violencia física o sexual, imposición de deudas fraudulentas imposibles de pagar a los trabajadores y extorsión misma.

Por lo que se puede afirmar, que la existente diferencia entre estos dos conceptos se basa en la gravedad de la situación. Mientras que la explotación laboral se entiende como una falta o incumplimiento a los derechos del trabajador, el trabajo forzoso se refiere a la actividad involuntaria y obligatoria, que en su desobediencia le genera a la víctima afectaciones a su vida, patrimonio o estadía, que lo coloquen en estado de vulnerabilidad.

1.5.3 PRECARIEDAD LABORAL

La precariedad laboral es una de las maneras en las que se desarrolla la explotación laboral, la OIT (2012) la define como el medio utilizado por los empleadores con fin de traspasar los riesgos y responsabilidades a los trabajadores. Tomando en consideración la definición de Santiago Boffi de la precariedad laboral, es de notar, la similitud con la definición de explotación laboral.

La definición de precarización laboral es multidimensional, e incluye una variedad de formas de empleo establecidas por debajo del estándar

normativo socialmente aceptado en al menos una de las siguientes dimensiones: la temporal, la organización, la económica y / o la social de la relación laboral. En las cuatro dimensiones, la precariedad se debe a una distribución desequilibrada hacia y entre los trabajadores de inseguridades y riesgos típicamente asociados a la vida económica en general y al mercado laboral en particular. (Boffi, 2015)

La diferencia con la explotación laboral es la delimitación a las dimensiones que el Estudio Europeo del Empleo Precario (ESOPE, 2005) estableció a fin de identificar y realizar los estudios de caso.

TABLA 6 DIMENSIONES DE LA PRECARIEDAD LABORAL

DIMENSIONES DE LA PRECARIEDAD LABORAL		
DIMENSIÓN	EXPLICACIÓN	FACTORES
Temporalidad	Inseguridad de la relación laboral (falta de contrato) o contratación a tiempo definido	– Reformas a la legislación laboral tendientes a la flexibilización – Programas atípicos de empleo – Abuso de la figura de contratación por tiempo definido
Vulnerabilidad	Degradación de las condiciones de trabajo, tales como empleo en las calles, condiciones insalubres y con riesgos para la seguridad física y de salud, etc.	- Falta de supervisión por parte de las autoridades laborales y de salud
Insuficiencia Salarial	Niveles salariales por debajo del mínimo necesario para tener alimentación, educación, salud y vivienda	– Baja educación y capacitación – Falta de creación de empleos de alto valor agregado – Ciclos de inestabilidad económica

Desprotección Laboral	Reducción de prestaciones laborales y protección social	– Debilidad de la protección sindical – Flexibilización laboral tendiente a reducir costos
------------------------------	---	---

Tabla de Elaboración propia con información de Jesús Rubio (2010)

La precariedad laboral no es ajena a la realidad mexicana, la OIT realizó la medición del balance vida personal-laboral de distintos países, mediante los cuales México lideró de manera negativa las condiciones de trabajo.

Acorde al informe “Tiempo de trabajo y balance vida-trabajo en el mundo”, los mexicanos tienen la mayor cantidad de carencia sobre las condiciones de trabajo para cubrir sus necesidades básicas, tanto es así, que desbalancea la sobrecarga laboral, puesto que 9 de cada 10 personas consultadas afirman su deseo de obtener mayor cantidad de horas para trabajar y poder cubrir sus necesidades. Atento a lo anterior, México se entabla como el mayor desbalance tiempo trabajado en consideración de que casi el 42% de la fuerza laboral en México trabaja jornadas superiores establecidas por ley. (Morales Fredes, 2023)

Mediante el Reporte Semáforo de Trabajo Digno elaborado por la Acción Ciudadana Frente a la Pobreza (ACFP, 2023), solo el 25% de las personas que viven en el norte del país tiene un empleo digno, mientras que en la zona centro solo el 7% y el 10% en el sur, es decir, de 75 millones de mexicanos en edad y capacidad para trabajar solo 9 millones tiene un trabajo digno. También, en el mismo reporte se establece que el 67% de los empleados mexicanos no percibe con un ingreso suficiente para sus necesidades básicas; el 61% de los mexicanos no cuenta con seguridad social; el 33% de los trabajadores no tienen prestación alguna y el 50% de ellos no tiene un contrato estable.

1.5.4 ABUSO LABORAL Y SUS CONSECUENCIAS EN LA SALUD

La constante falta de seguridad económica y jurídica dentro del ambiente laboral, aunando el exceso de horas laboradas, genera que el trabajador desarrolle factores de riesgo que perjudiquen directamente a su salud.

Acorde a la revista *Enviroment International* (2020), encabezada por la OMS y la OIT, revela que las jornadas prolongadas, igual o mayores, a las 55 horas semanales, provocaron los accidentes cerebrovasculares y cardiopatías isquémicas generadores de la muerte de 745,000 trabajadores únicamente en el año 2016 a nivel mundial. En el mismo informe, se señala que el trabajar más de 55 horas a la

semana, aumenta el 35% de riesgo de tener un accidente cerebrovascular y un 17% de morir por una enfermedad cardíaca. Asimismo, muestra que el exceso de trabajo es principal generador de dichos riesgos por la existencia de dos vías principales:

1. “Respuesta fisiológica al estrés psicosocial: El trabajo en exceso activa de manera continua al sistema nervioso autónomo, al sistema inmunológico y a las respuestas enfocadas a la disminución del estrés, liberando de manera excesiva adrenalina, noradrenalina y cortisol, haciendo reaccionar al sistema cardiovascular de manera irregular y la no correcta recuperación del tejido.
2. Respuestas conductuales al estrés: El estrés genera que el consciente humano genere acciones en contra de la misma salud, siendo el consumo de tabaco, alcohol o diversas sustancias que cambien el funcionamiento del cuerpo y de la mente, agregando la dieta insalubre, la alteración del sueño, la nula actividad física y la mala recuperación.”

El estrés no solo es factor en cuestiones directas y ligadas al fallecimiento, sino también al decaer y aparición de consecuencias a corto plazo y no mortales sobre los trabajadores, tales como:

1. Ansiedad: Definida por la Universidad de Navarra (2023) como un sentimiento que se experimenta en situaciones en el que un sujeto se siente en peligro, la ansiedad resulta producto del exceso de trabajo en consecuencia de la necesidad del trabajador de cumplir con las expectativas económicas, laborales y sociales que afrontan día a día. Asimismo, tal como se refirió anteriormente, la constante carga de hormonas al sistema nervioso realiza que el sujeto se encuentre en un estado de alerta permanente, que asimila la sensación de peligro e inseguridad.
2. Depresión: Acorde a la Asociación de Especialistas en Prevención y Salud Laboral (AEPSAL, 2018), al igual que la ansiedad, la constante carga al sistema nervioso desequilibra el estado emocional y psicosocial del individuo, aunado a esto, la falta de tiempo compartido con familia y cercanos, genera un estado de aislamiento, limitando el tiempo de recreación y descanso.
3. Pérdida de memoria: Según el Hospital Bautista del Sur de Florida (2020) una de las principales hormonas secretadas con el estrés, es el cortisol, comúnmente denominada “la hormona del estrés”, cuya finalidad es la disminución de agobio y angustia que reside en el cuerpo humano. Y tal como informa el periódico El Confidencial (2018), el exceso de cortisol provocará ansiedad, depresión, migraña y pérdida de memoria

4. Problemas gástricos: La Asociación de Especialistas en Prevención y Salud Laboral (AEPSAL, 2018) afirma que el estrés constante y la falta de una rutina de comida provocado por las jornadas largas, genera que el sistema digestivo entre en irregularidad, generando estreñimiento, diarreas, úlceras e intestino irritable.
5. Problemas para dormir: Asimismo, al estar en ambientes en constante estrés, la AEPSAL (2018) confirma que el nivel de alarma del cuerpo no se reduce, reduciendo la calidad de sueño, y consecuentemente, daño cognitivo.

CAPÍTULO 2 MÉDICOS RESIDENTES EN ETAPA DE ADIESTRAMIENTO.

2.1 ¿QUÉ SON LAS RESIDENCIAS MÉDICAS?

En sus orígenes, la residencia médica se puede tomar como un concepto textual, en las cuales los hospitales y/o instituciones de salud, se adaptaban en infraestructura con la finalidad de crear un lugar habitable, y hacer residir a los profesionistas en medicina dentro de la institución. Sin embargo, por cuestiones económicas, sociales y de salud, aunque las instituciones de salud sigan ofreciendo oportunidad de residir dentro de ellas, el concepto ha cambiado.

Las residencias médicas son un sistema educativo cuyo fin principal se basa en enseñar y especializar al profesionista en las instituciones de salud certificadas para ello, brindándole en sí, las herramientas y conocimiento necesario para el ejercicio de dicha especialidad, siempre que cumpla con los requisitos y el tiempo necesario para acreditarlos.

También, para fines del propio Capítulo XVI, del Título Sexto de la Ley Federal del Trabajo, el poder Congreso de la Unión define a la residencia médica como:

“El conjunto de actividades que deba cumplir un Médico Residente en período de adiestramiento; para realizar estudios y prácticas de posgrado, respecto de la disciplina de la salud a que pretenda dedicarse, dentro de una Unidad Médica Receptora de Residentes, durante el tiempo y conforme a los requisitos que señalen las disposiciones académicas respectivas.” (Congreso de la Unión, 2024)

Para fines de la presente investigación se tomará como concepto, el brindando por la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, *Educación en salud, para la organización y funcionamiento de residencias médicas* (2023) expedido por la secretaria de Salud, encargada de la regulación de dichos sistemas educativos, que define a las residencias medicas como:

“El conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir el médico residente dentro de las unidades médicas receptoras de residentes, durante el tiempo estipulado en los programas académico y operativos correspondientes.”

2.1.2 ANTECEDENTES INTERNACIONALES.

Los primeros indicios de una enseñanza hospitalaria, fue en Inglaterra, mediante el entrenamiento médico de guardia para urgencias. Utilizado en el siglo XVI el “Surgical Registrar”, era el método interno hospitalario para la adquisición de conocimiento, sin contar vinculo a la universidad y siempre bajo la tutela de un jefe médico. (Quijano-Pitman, 1999)

En 1732, el Hospital Saint Eloise se crea relación con la escuela de medicina más antigua vigente a la actualidad, la Facultad de Medicina de Montpellier. En el cual se crea el servicio de médico interno de pregrado, el personal seleccionado para el labor dentro del hospital, era elegido por la Universidad.

El médico cirujano austriaco Teodoro Billroth, fue el precursor y creador del sistema de residencias médicas. Durante su estancia de profesor y jefe de cirugía en el Hospital General de Viena (Allgemeine Krakenhouse), durante la segunda mitad del siglo XIX, funda un programa de entrenamiento médico-hospitalario, avalado por la universidad, en el cual requirió que sus estudiantes adquirieran conocimiento en anatomía, patología, bioquímica, rotación en medicina interna y dieran consultas clínicas, mientras daban seguimiento minucioso a los casos e historias clínicas. El Hospital General de Viena se volvió foco de atención debido a los excelentes resultado que mostraba el programa de residencias. (Quijano-Pitman, 1999)

El estudiante y cirujano estadounidense egresado del sistema de posgrado impartido en Viena, William Halstead, al ser nombrado profesor y jefe de cirugía en el elogiado hospital John Hopkins en Baltimore, implantó el exitoso sistema de Billroth con algunas modificaciones. Médicos como Joseph Lister, William Osler, William H. Welch, Howard Kelly y otros, fueron adoptando dicho sistema para impartición de clases y conocimiento a sus pupilos. Aunque los primeros años el sistema no se popularizó, a medida que los discípulos de Halstead y anteriores mencionados obtuvieron puestos catedráticos, el sistema se generalizó al punto de convertirse en requisito obligatorio a nivel internacional. (Quijano-Pitman, 1999)

2.1.3 ANTECEDENTES EN LA REPÚBLICA MEXICANA.

En México la práctica de la medicina se remonta hasta la época prehispánica, pero en cuestiones de especialidad tiene tres periodos fundamentales: Tutelar, Conformacional y de Aval Universitario. (Vázquez, 2018)

2.1.3.1 PERIODO TUTELAR.

El periodo Tutelar tiene duración desde la práctica de la medicina hasta aproximadamente 1942 con la creación de las residencias médicas en el Hospital General de México. Su característica principal se basa en la informalidad de la forma de aprendizaje en materias especializadas, es decir, obra en que el aprendiz se acerca a un profesional o docente para educarse directamente de este. En dicho periodo el médico aprendía de su profesión como cualquier artesano, viendo y practicando ante supervisión del profesionista.

Un decenio antes de instaurarse el sistema de médico interno de pregrado en Montpellier, en 1719, el Virrey de Nueva España, Baltasar Zúñiga y Guzmán, conocido como marques de Valero expidió una Ordenanza, la cual solicitaba como requisito indispensable para presentar el examen profesional de médico o cirujano ante el Protomedicato, el anteriormente haber trabajado en el Hospital de Jesús, por un mínimo de 2 años. Asimismo, se requería realizar dos exámenes para obtener la profesión de médico, el primero ante el Claustro Universitario y el segundo, ante el Protomedicato.

En 1833, ante las disidencias entre el gobierno mexicano y la supremacía eclesiástica, Valentín Gómez Farias, Presidente de la República en su momento, promovió una serie de leyes conocidas como la primera reforma. Eliminando el Protomedicato, y consecuente, desapareciendo la obligatoriedad de ejercer medicina 2 años antes de profesionalizarse.

En 1925, en coordinación con el Gobierno mexicano, el Rector de la Universidad Nacional Autónoma de México instaura el internado de Pregrado.

2.1.3.2 PERIODO CONFORMACIONAL.

Dicho periodo consta en la clara división entre las residencias médicas y los programas educativos, cada uno permanecía independiente el uno del otro. Tuvo vigencia hasta la llegada del Aval Universitario.

En 1942, el Secretario de Salubridad, Gustavo Díaz Prada inauguró en el Hospital General de la Ciudad de México la residencia posgrado. A finales del mismo año, el Hospital Infantil y el Hospital militar instauraron el mismo programa. (Quijano-Pitman, 1999). Los primeros médicos residentes, a diferencia de los médicos de base, laboraban largas jornadas laborales, inclusive con guardias AB, mientras que los médicos de base, su jornada no rebasaba las 8 horas. Se les contrató como médicos ayudantes internos, y su mecanismo era

la rotación por Medicina Interna, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Anatomía Patológica y Urgencias.

“El aprendizaje era por iniciativa propia de los residentes, de tipo autodidacta; los residentes se integraban al equipo médico de los diferentes servicios por donde rotaban. Por las tardes y noches, así como los fines de semana eran los responsables de los pabellones y del propio hospital.” (Vázquez, 2018)

Asimismo, los cursos y programas escolarizados especializados en alguna materia médica estaban abiertos a todos aquellos que tuvieran la intención de especializarse, los requisitos de prácticas eran casi inexistentes, por lo que se convertían exclusivamente teóricos. Dichos cursos eran reconocidos ya avalados por las Universidades Gubernamentales y la Escuela de Medicina.

2.1.3.3 AVAL UNIVERSITARIO.

Periodo actual, el cual consiste en la formalización de una educación especializada, es decir, se crea el respaldo universitario de la enseñanza e impartición de conocimiento efectuado en las residencias médicas, y el requisito de permanecer a una de estas para la especialización del médico incorporado.

Ante la alta demanda de especialización de médicos generales, en 1960 se constituye la primera residencia médica con reconocimiento o aval universitario, mediante la integración de la residencia incorporada en el Hospital General de México y el Curso de Cirugía plástica (Vázquez, 2018). Fue el primer curso que solo aceptó como estudiantes a médicos residentes.

2.1.4 MOVIMIENTO MÉDICO 1964-1965.

El 26 de noviembre de 1964, ante los pocos días de que Gustavo Díaz Ordaz asumiera el bando presidencial, en el Hospital “20 de Noviembre”, mismo que había sido inaugurado pocos años atrás y había sido ejemplo reluciente del éxito del sistema mexicano, médicos residentes e internos iniciaron paros de labores. Conflicto que fue generado ante el incumplimiento por parte de las autoridades por tercer año consecutivo al pago de aguinaldo al que los médicos y trabajadores tenían derecho.

Este paro laboral marcó una de las primeras controversias sobre estado laboral del médico residente, pues la respuesta que se les dio a la tercera negativa del pago de aguinaldo fue la de no consideración de trabajador, por lo tanto, ningún derecho

laboral era respaldado hacia los médicos. Ipso facto, la respuesta por parte del Estado fue inmediata, doscientos médicos fueron despedidos de manera inmediata. (Soto G. , 2011)

Dichos reclamos obtuvieron impulso cuando residentes y trabajadores inconformes de hospitales aledaños “Juárez”, “Colonia”, “San Fernando” y “General de México” se sumaron a la causa y formarían la Asociación Mexicana de Médicos Residentes e Internos (AMMRI), quienes reclamaron las siguientes prestaciones:

- I) “Restitución total de sus puestos sin represalia alguna.
- II) Restructuración del contrato-beca para la designación de funciones.
- III) Preferencia para ocupar bases de médicos adscritos a los recién egresados de la misma institución.
- IV) Participación y aceptación de los médicos residentes sobre el diseño de los planes de enseñanza.
- V) Resoluciones satisfactorias a los problemas que necesitare el hospital.”

(Soto G. , 2011)

Ante la falta de capacidad y operación causada por el paro anteriormente descrito, directores de hospitales se vieron en la necesidad múltiple de negociar y amenazar a los trabajadores, por lo que el 18 de diciembre de 1964, ante las múltiples negociaciones se decidió levantar el paro. Pero dichas promesas y condiciones fueron cumplidas de manera incompletas y parciales, el paro volvió a resurgir a los pocos días, siendo el 13 de enero de 1965 el inicio del segundo paro médico.

“El 15 de enero de 1965, las autoridades del Departamento del Distrito Federal informaron que se levantarían actas por abandono de empleo en contra de los becarios que prestaban sus servicios en los hospitales de emergencia y que no se habían presentado a trabajar en los últimos días. Además, los sindicatos oficiales y diversos funcionarios del gobierno iniciaron un ataque mediático contra el movimiento, al considerar las demandas desproporcionadas y los motivos del movimiento distorsionados por injerencias externas.” (Pozas-Horcasitas, 1993)

Dichos movimientos fueron clave para sostener el apoyo popular de las masas, de las sociedades médicas, y de diversos hospitales que se sumaron a las demandas de los jóvenes médicos. En consideración que dichas manifestaciones se realizaban dentro del Distrito Federal, el movimiento logró sumar la simpatía de los estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), quienes se les veía constantemente dentro de las marchas y manifestaciones de la AMMRI.

Tal como narra el investigador Ricardo Pozas (1993), ante el apoyo conseguido por los médicos sobre sus peticiones, el 19 de enero de 1965, la Sociedad Médica del Hospital General de México, creó una comisión para invitar a las sociedades médicas del país a formar la Alianza Médica Nacional, quedando bajo el nombre Alianza de Médicos Mexicanos (AMM), apoyando en las demandas a la AMMRI y su decisión de continuar el paro laboral.

Asimismo, después de una entrevista directa con el presidente Gustavo Díaz Ordaz, quién prometió dar soluciones, el 30 de enero los médicos regresaron a labores, previa aceptación de la AMM y AMMRI. El 18 de febrero de 1965 publicó un decreto por el cual se le daría solución a los problemas económico-laborales, las cuales la AMMRI denunciaría su falta de aplicación. Por lo cual, el 20 de abril del mismo año, levantaron el tercer paro, mismo que no tendría el apoyo de hospitales de primer nivel, como los Hospitales de Cardiología, Nutrición y Huipulco por ya haber satisfecho sus necesidades. (Cabello López, et, al. 2015)

El pliego petitorio por parte de la AMMRI, fue aumentado en consideración que dicha asociación viera pertinente la solicitud de una organización civil e independiente, la no afiliación a sindicatos confederados y/o corporativos, además del cambio del contrato-beca por contratos individuales de trabajo. (Pozas-Horcasitas, 1993)

La lucha por parte de los médicos enfocada a la democracia sindical, generó molestias en las grandes instituciones sindicales de la época, tales como la Confederación de Trabajadores de México (CTM) y la Federación de sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado (FSTSE), quienes en su momento hicieron intentos en pos de desacreditar el movimiento médico. Tal es así, que el representante del comité ejecutivo de la FSTSE Manuel Parra, manifestó su inconformidad mediante la publicación del trece de mayo de 1965 en la editorial Excélsior.

*“La deshumanización de la medicina, autopsia del paro médico:
Los médicos residentes e internos piden que se cambien sus condiciones de becarios por la de trabajadores, pero exigen que las autoridades firmen con ellos contratos individuales. Las autoridades no pueden acceder a esto porque han accedido previamente a un solo contrato de carácter colectivo y a no reconocer más que un solo sindicato” (Parra, 1965)*

Atento a lo anterior, la CTM protestó por la demanda de los contratos individuales, a través de su vocero Fidel Velázquez (1965) manifestó: *“se opone a la firma de tales contratos, en virtud de que rompen el derecho a huelga, que es una de las conquistas más grandes de la clase trabajadora”*

El 16 de mayo, se celebró la Asamblea Nacional Extraordinaria de AMM, en las cuales se acordó de manera siguiente: 1. El apoyo dado a AMMRI era de manera total y de manera incondicional hasta la solución de sus peticiones; 2. Se solicitó de manera inmediata una entrevista con el presidente Gustavo Díaz Ordaz; 3. Que no se interrumpieran las negociaciones médico-autordades; 4. Respeto a la libre asociación acorde a la constitución; 5. Dejar abierta en “sesión permanente” la asamblea hasta la conclusión del tercer paro laboral; 6. Realizar colecta de fonde de emergencia; 7. Se aclarara y se calificara de “campaña difamatoria” emprendida por líderes sindicales. (Pozas-Horcasitas, 1993)

El movimiento fue cesando a partir del 17 de mayo de 1965, cuando el gobierno federal ordenó el cese los médicos, cesación de las negociaciones, levantar actas de abandono de trabajo, y la apertura de plazas para suplir a los médicos paristas; aunando a lo anterior, se realizaron agresiones a manifestantes a favor de AMMRI por parte de los trabajadores del Servicio de Limpia y Transporte del Distrito Federal. (Cabello López, et, al. 2015)

Los días 18, 19, 20 y 26 de mayo de 1965, se realizaron manifestaciones que fueron cruciales para la posición de los médicos. Siendo los dos primero días marchas silenciosas y sin mayores percenaces, tomando en consideración que en la tercera manifestación fueron agredidos por transeutes con bolas de papel y jitomates; y que en la cuarta manifestación realizada del día 26, fueron recibidos con huevos podridos y jitomates por conjuntos de prostitutas que se mostraban en la alameda central, pero estos fueron defendidos y apoyo de los transeutes y público, para despues ser agredidos por el sindicato de taxistas por las “constantes interrupciones de tránsito y para demostrar el apoyo al presidente Díaz Ordaz”. (Pozas-Horcasitas, 1993)

El 23 del mismo mes, la AMM despliega un comunicado manifestando el apoyo extendido, ratificando la unidad de los médicos y dejando a libertad de los médicos tomaran la desición que mejor les conveniere. Un día posterior al comunicado de la AMM, la AMMRI había acordado por mayoría de votación levantar el tercer paro. Para el 25 de mayo, el IMSS había recuperado cerca del 60% de los becarios a nivel nacional, asimismo, el ISSSTE informó que médicos de 15 ciudades habian renunciado a AMMRI y regresar a sus obligaciones laborales.

Asimismo, a principios de junio, se efectuó sesión extraordinaria de la AMMRI, informando que varios hospitales estaban reprimeindo y/o castigando a los médicos asociados, de las represalias informadas se detacan las siguientes:

- I) En el Hospital General de México se les prohibió sostener pláticas o realizar reuniones, se les aumentaron el número de guardias nocturnas, y mal trato a los médicos como a enfermeras.
 - II) En el Hospital de Neurología se les quitó su estadía de residencia.
 - III) En los Hospitales de PEMEX no se les permitió regresar a los médicos rescindidos, aun cuando esto ya estaba acordado.
 - IV) El IMSS les negó entrega de contratos a médicos contraviniendo lo acordado antes del segundo paro.
 - V) Se les negó el pago de salarios caídos (Hospitales Varios)
 - VI) Los médicos de base fueron cesados o cambiados de hospital
- (Pozas-Horcasitas, 1993)

La segunda entrevista de los directivos de AMMRI con el presidente Gustavo Díaz Ordaz, tuvo verificativo el 25 de junio de la cual se obtuvieron las siguientes respuestas:

- a) Sobre la situación del paro nacional:

"Deseo que mediten que el problema médico tiene sólo tres posibilidades de encauzarse: al margen, con, o contra el gobierno; al margen del gobierno deberá descartarse, en vista de que actualmente los servicios médicos se dan en su mayoría en las instituciones gubernamentales; en contra no es posible, porque nosotros no queremos estar contra ustedes, ya que nuestros deseos son también de organizar y reestructurar la medicina; por lo tanto, la única posibilidad es ponerse a trabajar conjuntamente, gobierno y médicos."
"Los paros definitivamente no operan, y mediten que las gestiones no han avanzado, sino por el contrario, han sufrido retraso durante esos lapsos; de llevarse a cabo otro paro, sería imposible ponerlos a trabajar bajo la bayoneta de los soldados que estuvieran a su lado; de manera que no quedaría otro camino que esperar hasta que ustedes quisieran levantarlo. Y si esto trajera como consecuencia una catástrofe para el país, que pasara a la historia, no iría yo solo, sino juntos, médicos y gobierno." (Díaz Ordaz, 1965)

- b) Sobre la negativa de sindicalizarse:

"Era simpatizante de la unidad médica nacional, que por ello tenía deseos de impulsarla y vigorizarla, por lo que era inexacta la versión que se propalaba de que el gobierno estaba en contra de la alianza o le tenía temor, ya que existiendo una sola organización nacional de médicos era más fácil entenderse con ella; que vería con simpatía a la alianza y que, en todo caso, sería el pueblo el que la criticaría si llegara a alejarse de los principios que

marcan la Constitución y la legalidad, y que, en esas condiciones, sería el pueblo por medio de su gobierno el que la llevaría al camino verdadero" (Díaz Ordaz, 1965)

c) Sobre las represiones a los médicos:

"Las llamadas represalias podían haber sido resultado de un estado de ánimo creado en las autoridades por el conflicto médico, pero que invitaba a los médicos a superar diferencias y volver a la cordialidad y comprensión mutua con las autoridades" (Díaz Ordaz, 1965)

d) Sobre el aumento demandado

"No iba a ser posible concederles el aumento demandado, en vista de que ello implicaría una erogación de 2,400 millones de pesos anuales y el presupuesto total de la Secretaría de Salubridad y Asistencia era de 800 millones, que, sobre eso, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público estaba efectuando los estudios necesarios para determinar las necesidades económicas del gobierno." (Díaz Ordaz, 1965)

e) Sobre los salarios caídos:

"No encontraba razones legales ni morales para pagarlos, y sí, en cambio, existían situaciones de tipo legal contenidas en artículos constitucionales y penales, independientemente de que considero que sentaría un mal precedente". (Díaz Ordaz, 1965)

f) Sobre el contrato de trabajo individual:

"Era cierto que existe una relación jurídica entre médicos y empresa, pero que el nombre de esa relación jurídica no era lo importante, sino el contenido que implicaba su naturaleza; eso es, que si los médicos, al luchar por sus derechos de trabajadores, consideraban como lo más importante la prestación de servicios al Estado, esto era falso, ya que lo más importante era la docencia". (Díaz Ordaz, 1965)

g) Sobre el contrato-beca:

"Consideró como inconveniente un contrato de aprendizaje que lastimaría la dignidad del médico, pues subrayó que lo más importante [...] era que dicho contrato estuviese protegido por la Ley Federal del Trabajo y la Ley de

Trabajadores al Servicio del Estado, y que debía garantizarse también en igual forma la docencia, como responsabilidad de las autoridades de impartirla, y de los médicos de aprovecharla". (Congreso de la Unión, 2024)

A partir de la última entrevista, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), mediante decreto del presidente Díaz Ordaz, realizó nueva tabulación de sueldos a fin de que se les concediere nuevos aumentos a los médicos de planta al servicio del Estado, sin embargo, el 80% de los médicos en servicio no contaban con planta, por lo cual quedaban fuera del decreto presidencial. El 11 de julio, se celebró nueva asamblea de AMMRI, quienes propusieron la renuncia en masa, regularización del decreto consistente en el aumento o designación de plaza-base a los médicos faltantes, asimismo, nueva entrevista. Ante las peticiones anteriores, el gobierno de la república negó cada una de dichas, por lo que las manifestaciones y protestas brotaron por todo el país durante los meses de julio y agosto de 1965. (Cabello López, et, al. 2015)

El 22 de agosto se levantó el cuarto paro médico, recibiendo mayor represión por parte de gobernación. El primero de septiembre el presidente Díaz Ordaz declaró:

“Ya se practican las diligencias en relación con los diversos delitos que posiblemente se están cometiendo y que, fundamentalmente, pueden ser lesiones y hasta homicidio por omisión, asociación delictuosa, coalición de funcionarios, abandono de empleo, abandono de persona, resistencia de particulares, falta de prestación de servicios, responsabilidad profesional e incitación al delito...” (Díaz Ordaz, 1965)

Ante la presión ejercida, el 5 de septiembre finalizó el paro, y el 7 de septiembre los médicos regresaron a labores siendo víctimas de mayores represiones, 500 médicos fueron cesados, Hospitales de la Villa, Xoco, y Balbuena fueron clausurados, se emitieron órdenes de aprehensión contra más de 60 médicos, y 3 de los líderes fueron perseguidos: Norberto Treviño, José Castro Villagrana y Faustino Pérez Tinajero, quienes se vieron obligados a emigrar del país. (Cabello López, et, al. 2015)

Al final de toda la lucha que los médicos residentes e internos ejercieron, la situación a la que regresaron era la misma, obligados a firmar contratos-becas, sin seguridad laboral y sin prestaciones; siendo la única victoria que se llevaron en manos, el reconocimiento del médico residente como trabajo especial en la reforma de la LFT de 1970.

2.2 MÉDICOS RESIDENTES.

La palabra médico ha sido consecuencia de diversas connotaciones a lo largo de su historia, ya que proviene del latín “*medicus*”, derivación del verbo del mismo latín “*medeor*”, el cual tiene su raíz en el griego “*medomai*” que significa cuidar o sanar. (E-Cultura Group, 2023)

Por consiguiente, el término residente es derivado del latín “*residens*” del verbo residir, y en función al presente trabajo, la definición óptima a ocupar será como la forma de nombrar a una persona que vive en determinado espacio en el cual tiene su empleo o cargo. (García, 2022)

El profesor laboralista de la Universidad Autónoma Nacional de México José Davalos Morales (2019), define de manera certera al médico residente, como el “profesional de la medicina que realiza actividades que debe cumplir para realizar estudios y prácticas de postgrado, respecto de la disciplina de la salud a que pretenda dedicarse dentro de una Unidad Receptora de Residentes, durante el tiempo y conforme a los requisitos que señalen las disposiciones académicas respectivas.”

La Norma Oficial Mexicana 001-SSA3-2012, encargada para la organización y funcionamiento de residencias médicas, define al médico residente como el profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora de residentes para realizar una residencia médica a tiempo completo.

Para fines conceptuales en el presente estudio, es necesario apegarse a lo señalado en la Ley Federal del Trabajo, ya que es su artículo 353-A f. I, da por entendido al médico residente como el profesional de la medicina con Título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, que ingrese a una Unidad Médica Receptora de Residentes, para cumplir con una residencia.

La formación de médicos residentes se basa en el sistema jerárquico de asignación de número correspondiente a la cantidad de años cursados con la letra R, siendo establecidos e identificados de la siguiente forma:

- R1 (Primer año): Etapa en la que los residentes se sumergen en el entorno clínico y se adquiere experiencia bajo la supervisión y dirección de residentes superiores y adscritos. En esta etapa se adquiere el conocimiento base de la especialidad y se sienta los cimientos de su formación
- R2 (Segundo año): Al igual que en su primer año, sigue bajo dirección directa de residentes superiores, con mayor responsabilidad e independencia,

obteniendo la obligación de inducir y enseñar a los médicos residentes de primer año.

- R3 (Tercer año): Durante esa etapa los médicos residentes desempeñan con mayor énfasis el papel de diagnóstico y tratamiento de pacientes, así como el aumento de su carga de trabajo, induciendo la supervisión, dirección y corrección hacia los médicos residentes de menor rango.
- R4 /Cuarto año): Es el rango máximo establecido en las residencias de entrada directa, únicamente se encuentra el adscrito de la especialidad como superior directo, su papel más importante es la dirección y administración del tratamiento y cuidado de los pacientes mediante los médicos residentes de menor rango.
- R5-7: Rango establecido a los médicos que han terminado su especialidad entrada directa y por el momento se encuentran haciendo subespecialidad.

2.2.1 DUALIDAD TRABAJADOR-ESTUDIANTE.

La existencia del objetivo del presente trabajo especial constituyó cierta incertidumbre en la situación legal de los médicos residentes, pues estos al ser beneficiarios de becas entregadas por las Unidades Médico Receptoras y su fin es el adiestramiento y obtención de conocimiento sobre la especialidad, generó controversia sobre si el médico residente es trabajador o becario.

Casi ninguna Unidad Médico Receptora celebra contrato laboral con los médicos residentes, sino al momento de recibir la solicitud de los aspirantes a la plaza médica, se toma como acto que formaliza la relación laboral, la entrega de la carta de aceptación de la plaza obtenida, expedida por la Comisión Interinstitucional para la formación de Recursos Humanos para la Salud basado en el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas.

Múltiples instituciones a nivel estatal como federal no hacen entrega de pago en forma de salario, sino que se basan en el Catálogo de Categorías y Tabulador de Becas Médicas Residentes, ya que el material económico no desprende de la institución en sí, sino que proviene de programas federales destinados a la formación de estos. Asimismo, que dichas instituciones, al hacer entrega de estos recursos, se omite en hacer entrega de un recibo de pago de nómina descriptivo, siendo omisos en informar al médico tanto de sus percepciones como deducciones, así como de las prestaciones a las que tiene derecho. Consecuente a lo anterior, la entrega de becas hacia considerar a los médicos residentes, alumno-becario, no trabajador, pues el fin de dicha estancia era el aprendizaje y prácticas de la misma

especialidad. Por lo que, al responder a la institución educativa y no a la UMR, no existe el elemento de subordinación.

La falta de elementos como muestras de contratos, percepciones salariales y la falta de subordinación, generaba que los médicos residentes no fueren considerados como trabajadores y consecuente, no generaban derechos laborales.

En enero de 2017, la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), resuelve la contradicción de tesis 308/2016, en la que reconoce e invalida los elementos mencionados anteriormente, pues hace del reconocimiento los siguientes preceptos:

- a) El médico residente se rige por el capítulo XVI del Título VI de la ley Federal del Trabajo, ende lo anterior, el legislador en la exposición de motivos de dicha ley muestra la intención de incorporar a la normatividad obrera dicha actividad.
- b) Desarrolla que el médico residente es un profesionista titulado y con capacidad de ejercer la profesión de medicina, a diferencia del médico interno de pregrado, que aún está en etapa previa al servicio social, examen profesional y, sobre todo, que aun responde de manera directa a la institución educativa que lo forma. Dicho lo anterior, se asienta que el médico residente al responder a su UMR crea la existencia de subordinación.
- c) Se apega a la NOM-001-SSA3-2012, en la cual establece la existencia de remuneración, jornada y la prestación de un servicio bajo las indicaciones de las instituciones de salud, asentando los tres elementos para la existencia de la relación laboral, salario, jornada y subordinación
- d) Establece el vínculo de forma indivisible los aspectos académicos y laborales, pues al mismo tiempo que el médico residente está bajo una prestación de actividades de la institución de salud, recibe el adiestramiento necesario para alcanzar una especialidad.

Por lo expuesto, se puede afirmar la existencia de la dualidad trabajador-estudiante que los médicos residentes tienen, ya que estos están sujetos a las regulaciones, derechos y obligaciones que lo rigen a un esquema laboral, y en conjunto al mundo académico, en consideración que las actividades realizadas no solo son practicas académicas, sino que son base en la labor y estructura médica.

Algunos académicos como el Dr. Mauricio Sarmiento Chavero (2020), reconocen la dualidad mencionada, mas niega que de la figura de “becario” pueda tipificarse a

los médicos residentes. En cambio, instituciones como el IMSS tienen en doble concepto a los médicos, tal como se describe en los talones de pago, el ingreso del médico residente se divide tanto en salario y beca, con ciertas prestaciones. Esta controversia se ve marcada ante el uso indistinto de la palabra becario como pasante y viceversa.

La palabra becario evoluciona del italiano “*becco*”, prenda distintiva siendo una banda que usaban los estudiantes como distintivo de sus colegios y del sufijo -ario que da el significado de “perteneciente” (Etimologías de Chile, 2022). Actualmente la RAE (2022), define al becario a la persona que disfruta de una beca para sus estudios y a la beca como una subvención para realizar estudios o investigaciones. Y aunque en un primer momento solo se utilizaba para las personas que disfrutaban de una beca, en la actualidad se les denomina también a aquellos que se les brinde una remuneración económica a cualquier persona que realice prácticas en empresas con el fin de completar su formación educativa, así como de aplicar sus conocimientos dentro de la vida laboral. (Indeed, 2024)

A diferencia de lo descrito, la palabra pasante a aquel estudiante no graduado, el cual puede el haber egresado o no, que trabaja en el campo profesional a cambio de poca o nula remuneración con intención de obtener experiencia de campo, en cambio, estos no tienen relación de subordinación ante su supervisor, pues al no existir relación laboral, no se le puede exigir más de lo que este decida cooperar. (Universitariamente, 2023)

El practicante es aquel, que se desarrolla de manera temporal con el fin de concluir sus prácticas profesionales con el fin de cumplir con requisitos académicos, o en su defecto, cumplir con un periodo de prueba para entrar al plantel donde se desempeña, al igual que el pasante, su labor puede ser remunerado o no, a diferencia del pasante, este está obligado ante su institución educativa. (Enciclopedia Académica, 2024)

Consecuente a lo descrito, podemos determinar que el médico residente no puede ser tomado ni como pasante, ni como practicante, pues este es un profesional titulado y con capacidad para ejercer la profesión de medicina. Aunque la finalidad es el adiestramiento en la especialidad solicitada, el fin de este no es permanecer en el plantel donde se desempeña ni cumplir con requisitos académicos para su titulación. Además, los médicos residentes están subordinados ante la Unidad Médico Receptora donde ejercen, se encuentran obligados a ejercer las jornadas y trabajos especificados y este tiene una remuneración cierta y precisa.

2.4 CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LAS RESIDENCIAS MÉDICAS.

2.3.1 INSTITUCIONES DE SALUD.

En términos generales las instituciones de salud son entidades organizadas que proporcionan servicios de atención médica, tratamiento de enfermedades y promoción de esta. Las instituciones de salud desempeñan un papel fundamental en la prestación de servicios de salud a la población, brindando atención médica preventiva, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, cuidados intensivos, cirugía, atención de emergencia, servicios de rehabilitación y cuidados paliativos, entre otros.

En contexto de sobre las Residencias Médicas, la Institución de Salud se refiere a que las entidades gubernamentales o privadas, cuentan con la estructura y las Unidades Médico Receptoras con la capacidad de recibir bajo su supervisión a los médicos residentes que se van a especializar, tal como la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA-2023 las define, como a la organizaciones académicas, públicas o privadas, que cuenta con reconocimiento de validez oficial de estudios, facultadas para otorgar el aval de cursos de especialidades a través de las residencias médicas.

2.3.2 INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR.

Son las universidades, centros educativos o instituciones académicas que supervisan y administran los programas académicos de las residencias médicas. Son las responsables de diseñar y organizar el programa de residencia, establecer los requisitos, coordinar la formación clínica y otorgar el certificado de finalización del programa. Estas instituciones trabajan en colaboración con las instituciones de salud afiliadas para garantizar que los médicos residentes reciban una formación clínica sólida y una educación médica de alta calidad.

Siendo definida únicamente en este contexto la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA-2023 como una organización académica, pública o privada, que cuenta con reconocimiento de validez oficial de estudios, facultada para otorgar el aval de cursos de especialidades a través de las residencias médicas.

2.2.3 UNIDADES MÉDICO RECEPTORAS.

Dentro del derecho mexicano, solo se muestran dos definiciones legales sobre las Unidades Médico Receptoras.

Mientras que la LFT (1977) mediante el artículo 353-A f.II deja a mayor interpretación dicho concepto, con finalidad de brindar mayor facultad a la dependencia de salud para manejar a uso propio, ya que las define como:

“Un establecimiento hospitalario en el cual se pueden cumplir las residencias, que, para los efectos de la Ley General de Salud, exige la especialización de los profesionales de la medicina.”

La NOM-001-SSA3-2012 se enfoca mayormente en establecerse como un establecimiento capaz de brindar las condiciones para ser un centro de enseñanza, tal como se muestra en lo dispuesto en el artículo 4.16 de la misma norma, y lo define como un:

“Establecimiento para la prestación de servicios de atención médica o bien, áreas o servicios de las instituciones de salud que cumplen como escenario académico, en el cual los médicos residentes deben realizar las residencias médicas.”

La Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA-2023 (2023), da una definición más pequeña y concentrada de lo que la Unidad Médico Receptora es, siendo el “establecimiento para la atención médica, hospitalaria o de otros servicios de salud, que cumplen con los requerimientos de infraestructura, equipamiento y personal para el desarrollo de cursos de especialidad médica.”

Asimismo, la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA-2023 también menciona la existencia de la Unidad Médico Receptora para rotación de campo, pero se limita a definirla como aquella donde los médicos residentes deben llevar a cabo actividades asistenciales de manera temporal durante el último año de su residencia médica, de acuerdo con lo establecido por la unidad administrativa competente y conforme a lo previsto en el programa operativo de la especialidad médica.

2.2.4 SEDE Y SUBSEDE.

Son las unidades médico-receptoras mediante las cuales se desarrollan los programas académicos operativos y académicos de las especialidades médicas. La diferencia radica principalmente en la jerarquía y la extensión de las funciones que desempeñan. Mientras que la sede se refiere a la ubicación principal o central de una institución de salud, la subsede se basa en una unidad secundaria donde se alteran los médicos para cumplir con sus programas académicos y operativos. Tal como se describe en los puntos 3.17 y 3.19 de la Norma Oficial Mexicana NOM-EM-

001-SSA3-2023, *Educación en salud, para la organización y funcionamiento de residencias médicas* (2023).

“3.17 Sede, a la unidad médica receptora de residentes, reconocida por la unidad administrativa competente y la institución de educación superior, que cumple con la infraestructura, equipamiento y plantilla de profesores necesarios para que en ella se pueda desarrollar la totalidad o la mayor parte de los programas académico y operativo de la especialidad médica.

3.19 Subsede, a la unidad médica receptora de residentes de las instituciones de salud, en la que de manera alterna pueden desarrollarse parte de los programas académico y operativo de la especialidad médica.”
(SSA, 2023)

2.2.5 JORNADA Y GUARDIAS.

La Jornada es definida en el numeral 3.7 de la Norma Oficial Mexicana NOM-EM-NOM-001-SSA-2023, *Educación en salud, para la organización y funcionamiento de residencias médicas* (2023), como el número de horas en días hábiles señaladas en el programa operativo de la especialidad, en las que los médicos residentes deben desarrollar funciones y actividades académico-asistenciales. En dichos periodos los médicos realizan tareas clínicas, atendiendo pacientes a nivel de consulta, o en su defecto, realizando actos de investigación y/o educación.

En cambio, la guardia, misma que se define en el numeral 3.4 de la referida norma, se establece como el conjunto de actividades académicas y asistenciales de formación complementaria, descritas y calendarizadas en el programa operativo, adicionales a las que los médicos residentes deben efectuar durante la jornada de actividades en la unidad médica receptora de residentes a la que está adscrito o asignado. Es decir, la guardia médica se refiere al periodo específico de tiempo en el que un médico o profesional de la salud está disponible de manera continua para atender emergencias o situaciones urgentes fuera del horario habitual de trabajo. Las guardias son rotativas entre los profesionales de un equipo médico o de un hospital. Durante la guardia, el médico puede estar en el lugar de trabajo o disponible para ser llamado en caso de necesidad.

Tal como se describe en el numeral 7 de la Norma Oficial Mexicana NOM-EM-001-SSA3-2023, *Educación en salud, para la organización y funcionamiento de residencias médicas* (2023), las guardias deben de estar calendarizada en el programa operativo, además, que debe de existir tres días entre cada guardia. Cada guardia inicia al momento de terminar el turno matutino y concluye al momento de

ingreso del nuevo turno matutino. Asimismo, se establece que, en días festivos, así como, sábados y domingos no podrán pasar las 24 horas incluyendo las jornadas.

Aunque la guardia y la jornada son complementarias, pues se tornan en la rutina de los médicos residentes, se puede denotar su diferencia, puesto que una va encaminada a período de trabajo habitual durante el horario establecido no mayor a 8 horas, la guardia es el periodo que el residente reside en el hospital a efecto de estar disponible para cualquier situación fuera del horario laboral común.

2.2.5.1 TIPOS DE GUARDIAS.

Al ser periodos de trabajo prolongados, las guardias deben de ser repartida de manera parcial entre los residentes de cada unidad médica. Las guardias se distribuyen en un sistema, siendo ABC y ABCD. El sistema consiste básicamente en asignar una letra a cada día de la rotación, y encomendar dicha letra a un médico residente, haciendo que entre mayor letras existan en dicho sistema mayor sea el tiempo espaciado entre cada guardia. Sirven de ejemplificación los calendarios modelo que se insertan:

CALENDARIO 1 EJEMPLO GUARDIA ABC

GUARDIA ABC							
	A	B	C	A	B	C	A
	LUNES 1	MARTES 2	MIERCOLES 3	JUEVES 4	VIERNES 5	SABADO 6	DOMINGO 7
00:00							
04:00							
08:00	INICIO	FINAL		INICIO	FINAL		INICIO
12:00							
16:00							
20:00							
	B	C	A	B	C	A	B
	LUNES 8	MARTES 9	MIERCOLES 10	JUEVES 11	VIERNES 12	SABADO 13	DOMINGO 14
00:00							
04:00							
08:00	FINAL		INICIO	FINAL		INICIO	FINAL
12:00							
16:00							
20:00							
	C	A	B	C	A	B	C
	LUNES 15	MARTES 16	MIERCOLES 17	JUEVES 18	VIERNES 19	SABADO 20	DOMINGO 21
00:00							
04:00							
08:00		INICIO	FINAL		INICIO	FINAL	
12:00							
16:00							
20:00							
	A	B	C	A	B	C	A
	LUNES 22	MARTES 23	MIERCOLES 24	JUEVES 25	VIERNES 26	SABADO 27	DOMINGO 28
00:00							
04:00							
08:00	INICIO	FINAL		INICIO	FINAL		INICIO
12:00							
16:00							
20:00							

Las guardias ABC se establecen mediante 3 turnos, los cuales pueden hacer que el trabajador de la salud llegue a realizar hasta 4 guardias por semana, permitiendo solo 1 día de descanso entre cada guardia y solo otorgando 1 fin de recreación al mes.

CALENDARIO 2 EJEMPLO GUARDIA ABCD

GUARDIA ABCD							
	A	B	C	D	A	B	C
	LUNES 1	MARTES 2	MIERCOLES 3	JUEVES 4	VIERNES 5	SABADO 6	DOMINGO 7
00:00							
04:00							
08:00	INICIO	FINAL			INICIO	FINAL	
12:00							
16:00							
20:00							
	D	A	B	C	D	A	B
	LUNES 8	MARTES 9	MIERCOLES 10	JUEVES 11	VIERNES 12	SABADO 13	DOMINGO 14
00:00							
04:00							
08:00		INICIO	FINAL			INICIO	FINAL
12:00							
16:00							
20:00							
	C	D	A	B	C	D	A
	LUNES 15	MARTES 16	MIERCOLES 17	JUEVES 18	VIERNES 19	SABADO 20	DOMINGO 21
00:00							
04:00							
08:00			INICIO	FINAL			INICIO
12:00							
16:00							
20:00							
	B	C	D	A	B	C	D
	LUNES 22	MARTES 23	MIERCOLES 24	JUEVES 25	VIERNES 26	SABADO 27	DOMINGO 28
00:00							
04:00							
08:00	FINAL			INICIO	FINAL		
12:00							
16:00							
20:00							

GUARDIA

JORNADA

La guardia ABCD, es la rotación por defecto de las Instituciones de Salud, con la intención de que los médicos solo lleguen a realizar 2 guardias entre semana, teniendo un mínimo de 2 días entre cada guardia y permitiéndoles alcanzar hasta 2 fines de semana de descanso.

Asimismo, es importante destacar que ante las diversas necesidades de cada especialidad, o demanda de servicio, se han modificado los programas operativos de manera no oficial para que dichas rotaciones hayan logrado ser AB o ABCDE, extendiéndose, o disminuyéndose la cantidad de horas laboradas por los médicos residentes.

CAPÍTULO 3 SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIAS MÉDICAS Y SU MARCO LEGAL EN EL IMSS

3.1 SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIAS MÉDICAS.

La única definición brindada por parte de las instituciones gubernamentales sobre el significado del Sistema Nacional de Residencias médicas se puede encontrar en la Norma Oficial Mexicana 001-SSA3-2013 “Educación en Salud. Para la Organización de residencias médicas”, la cual lo define como:

“El conjunto de dependencias e instituciones de salud responsables de la organización y funcionamiento de las residencias médicas para la formación de médicos especialistas, mediante la coordinación con instituciones de educación superior reconocidas y de conformidad con los objetivos y prioridades del Sistema Nacional de Salud.”

A efecto del movimiento médico mencionado anteriormente, a partir de los años 1968 y 1969 se empezó a denotar una imposibilidad de impartir los cursos de postgrado ante la gran demanda y poca oferta sobre dichos cursos, por lo que las instituciones del IMSS, ISSSTE y SSA, empezarían a realizar diversos procesos de selección interna, heterogéneos entre sí. Por lo que en 1973 los jefes de enseñanza de estas instituciones con el Director de la Facultad de Medicina de la UNAM y el Jefe de Postgrado, acuerdan la creación de una comisión interinstitucional encargada de la de la aplicación del examen nacional a aspirantes a residencias médicas. (Ledesma Nuñez, 2004)

Dicha comisión se encargó de realizar los actos de selección y evaluación a los aspirantes a residencias médicas, hasta 1983, cuando se crea la Comisión Interinstitucional de Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS).

3.1.1 COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD (CIFRHS)

La misma CIFRHS (2017) se define como un órgano colegiado interinstitucional, se encargar de la consulta, asesoría, apoyo técnico de la Secretaría de Educación Pública (SEP) y la Secretaría de Salud (SSA), de alta importancia en los sectores público, social y privado en asuntos de formación de recursos, con el objetivo principal de elevar la calidad de educación en salud y de vincular la educación, la investigación científica y el desarrollo experimental con los requerimientos del país, con los propósitos por mantener y elevar la calidad del personal médico.

El 19 de octubre de 1983, el presidente Miguel de la Madrid Hurtado mediante el Diario Oficial de la Federación (1983) publicó la creación de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos, con la intención de poder crear áreas de coordinación entre las instituciones hospitalarias, de salud y educativas, para la formación de recursos que requiera el Sistema Nacional de Salud.

Acorde al artículo segundo del acuerdo citado, la comisión deberá de ser copresidida por los Secretarios de Salud y Educación Pública y estar integrado por un representante de las múltiples instituciones gubernamentales, académicas y de salud que se enlistan a continuación:

- Secretaría de Salud;
- Secretaría de Educación Pública;
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público;
- Instituto Mexicana del Seguro Social;
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado;
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia;
- Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica;
- Consejo Nacional de la Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior;
- Academia Nacional de Medicina.

Atento a lo anterior, dicha comisión se basa en comités operativos encargados de cierta sección y funciones genéricas en pos de vigilar, analizar y efectuar las acciones correspondientes a la mejora de formación educacional, tales como elaboración de plan de trabajo, coordinación entre comités para acciones conjuntas, asesorías y consultas de información turnadas por el Secretario Técnico, proponer y promover mecanismos, criterios, guías y todo elemento técnico que ayuden a la mejora educativa sobre recursos humanos para la Salud.

Los seis comités que integran la CIFRHS son los siguientes:

- a) Comité de Estudio de Necesidades de Formación de Recursos Humanos para la Salud.
- b) Comité de Evaluación.
- c) Comité de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social.
- d) Comité de Enseñanza de Posgrado y Educación Continua.
- e) Comité de Formación de Técnicos.

f) Comité de Estomatología

3.1.2 EXAMEN NACIONAL PARA ASPIRANTES A RESIDENCIAS MÉDICAS (ENARM)

Una vez obtenido la cédula profesional para ejercer el cargo de médico, los profesionistas tienen la oportunidad de laborar como médico general, enfocarse a la investigación obteniendo grados de maestría o doctorado, o en su mayoría, el especializarse. Por cuestiones de economía, prestigio y deseo de superación, tal como informa el médico internista José Luis Akaki Blancas (2018), aproximadamente el 90 por ciento de los egresados aspiran a la modalidad de especialización.

El Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) es la evaluación anual dirigida y regulada por la CIFRHS, cuyo objetivo es establecer una selección con el mayor puntaje para obtener un lugar dentro de la especialidad elegida. (EXANE, 2023)

Ante la necesidad de que dicho examen se realizará de manera más equitativa, en el año 2018 se dividió en 4 bloques en pos de que los aspirantes interesados a una especialidad en específico presentaran el mismo examen en iguales condiciones. Se dividen en Quirúrgico, Clínico, Salud Pública y atención primaria; y Especialidades auxiliares y de diagnóstico. Los aspirantes podrán elegir cualquier especialidad sin distinción al bloque que pertenezca.

TABLA 7 BLOQUES DE ESPECIALIDAD

Bloque I - Quirúrgico	Bloque II - Clínico	Bloque III - Salud pública y atención primaria	Bloque IV - Especialidades auxiliares y de diagnóstico
Cirugía General	Anestesiología	Calidad de la Atención Clínica	Anatomía Patológica
Ginecología y Obstetricia	Genética Médica	Epidemiología	Audiología, Otoneurología y Foniatría
Oftalmología	Geriatría	Medicina de la Actividad Física y Deportiva	Imagenología, Diagnóstica y Terapéutica
Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello	Medicina de Urgencias	Medicina del Trabajo y Ambiental	Medicina de Rehabilitación
Traumatología y Ortopedia	Medicina Interna	Medicina Familiar	Medicina Legal
	Neumología	Medicina Preventiva	Medicina Nuclear e Imagenología Molecular
	Pediatría		Patología Clínica
	Psiquiatría		Radio Oncología

Tabla de Elaboración propia con información de CIFRHS (2012)

Dicho examen es aplicado en vía electrónica, siendo únicamente las ciudades de Ciudad de México, Guadalajara, Monterrey y Villahermosa las sedes a nivel nacional que se designan para su aplicación. Constan de aproximadamente 450 preguntas de opción múltiple, y tal como plantea el Dr. Akaki (2018), las preguntas del área médica es analizar la solución a las situaciones de salud planteados para cada caso bajo los campos de diagnóstico, patogenia, terapéutica, pronóstico, rehabilitación, ciencias básicas y salud pública.

Acorde al promedio (tabla 1), más de 41,000 aspirantes a residencias médicas aplican anualmente en espera de obtener una de las plazas ofertadas. De acuerdo a los informes anuales de la CIFRHS, a partir del año 2020, las plazas aumentaron drásticamente, cambiando de un porcentaje de aceptación del 20% al casi 40% anual.

TABLA 8 INFORME ANUALES CIFRHS

AÑO	2021	2020	2019	2018	2017	2016	PROMEDIO
ASPIRANTES	47,729	44,333	42,444	41,423	38,380	36,117	41,738
PLAZAS	18,602	17,576	9,670	8,546	8,460	7,986	11,807
TASA DE ACEPTACIÓN	38.97	39.65	22.783	20.631	22.043	22.111	27.698

Tabla de Elaboración propia con información de ENARM (2021)

Atento a lo anterior, es de importancia mencionar la existencia de plazas fuera del territorio nacional, que, con un promedio de 532 plazas ofrecidas al año, tal como se muestra en la tabla número 2, modifica a medida el nivel de demanda y de puntuación requerida para la selección de aspirantes.

TABLA 9 PUNTAJES MÁXIMOS Y MÍNIMOS 2021

Especialidad	Puntaje Máximo	Puntaje Mínimo	Especialidad	Puntaje Máximo	Puntaje Mínimo
Anatomía Patológica	73.6934	58.5366	Anatomía Patológica	68.9895	58.5366
Anestesiología	80.4878	60.8014	Anestesiología	79.6167	63.67
Audiología, Otoneurología y Foniatria	71.2544	60.453	Audiología, Otoneurología y Foniatria	63.5889	59.2334
Calidad de la Atención Clínica	66.5505	57.6655	Cirugía General	78.3972	64.4599
Cirugía General	80.3136	63.7631	Epidemiología	53.8328	53.8328
Epidemiología	72.6481	54.5296	Genética Médica	73.3449	59.2334
Genética Médica	73.1707	60.1045	Geriatría	68.8153	60.2787
Geriatría	74.7387	59.9303	Ginecología y Obstetricia	72.1254	62.0209
Ginecología y Obstetricia	79.2683	62.1951	Imagenología Diagnóstica y Terapéutica	75.6098	63.4146
Imagenología Diagnóstica y Terapéutica	78.3972	60.2787	Medicina de la Actividad Física y Deportiva	61.324	60.453
Medicina de la Actividad Física y Deportiva	71.2544	61.4983	Medicina de Rehabilitación	64.2857	62.5436
Medicina de Rehabilitación	72.6481	59.4077	Medicina de Urgencias	63.763	61.1498
Medicina de Urgencias	71.6028	55.4007	Medicina del Trabajo y Ambiental	59.5819	59.5819
Medicina del Trabajo y Ambiental	72.1254	58.1882	Medicina Familiar	60.2787	54.007
Medicina Familiar	73.8676	51.0453	Medicina Interna	76.1324	63.9373
Medicina Interna	84.4948	61.4983	Medicina Nuclear e Imagenología Molecular	72.9965	62.1951
Medicina Nuclear e Imagenología Molecular	71.2544	60.2334	Medicina Preventiva	59.2334	54.878
Medicina Preventiva	70.3833	58.885	Neumología	69.8606	63.9373
Neumología	76.1324	60.9756	Oftalmología	70.5575	63.763
Oftalmología	79.4425	68.4669	Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello	71.2544	66.2021
Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello	77.5261	69.338	Patología clínica	57.1429	55.7491
Patología clínica	67.0732	56.7944	Pediatría	72.1254	61.6725
Pediatría	77.0035	61.3240	Psiquiatría	69.522	60.1045
Psiquiatría	77.7003	62.0209	Radio oncología	67.5958	63.0662
Radio oncología	74.9129	60.1045	Traumatología y ortopedia	75.74	64.8084
Traumatología y ortopedia	80.14	63.07			

Tabla de Elaboración propia con información de ENARM (2021)

Cabe destacar, que para el ingreso y aceptación en las Unidades Médico Receptoras no basta el simple hecho de haber sido seleccionado por el ENARM, sino en competir por la plaza en sí, cada especialidad y cada hospital requiere un puntaje mínimo que es relativo a la capacidad y competencia de cada año; es decir, si la intención de algún aspirante es obtener una plaza de alguna de las especialidades más demandadas en un hospital de alto reconocimiento o dentro de zona preferencial, deberá de obtener aproximadamente más de 25 puntos sobre el promedio. Además, ninguna institución de salud perteneciente al Sistema Nacional de Salud puede aceptar en modalidad de residente a cualquier aspirante que no haya presentado o sido seleccionado por el ENARM.

El ENARM unicamente se encarga de realizar la selección de los médicos aspirantes a una especialidad de entrada directa, es decir, que no es necesario el haber cursado o acreditado una especialidad anteriormente. Las especialidades de entrada indirecta son comunmente denominadas “sub-especialidades”, mismas que requieren un tiempo determinado en una especialidad de entroncamiento, y que las mismas instituciones de salud determinan los requisitos necesarios y la cantidad de plazas que otorgan anualmente.

3.1.2.1 INGRESO A ESPECIALIDADES DE ENTRADA INDIRECTA (SUBESPECIALIDAD)

Para el ingreso a una especialidad de entrada indirecta es indispensable el haber realizado y ser seleccionado en el ENARM, así como, de haber ejercido la especialidad primeramente elegida una cantidad mínima de años, o haberla terminado. Aunque los requisitos para el ingreso a dichas especialidades son determinadas por cada Institución, que pueden diferir en la necesidad de examen, currículo, experiencia y años de servicio; el entronque de especialidad para derivar a la especialidad de entrada indirecta, o en su defecto, la subespecialidad, es igual en cada una de las Instituciones receptoras de médicos residentes.

TABLA 10 REQUISITOS ENTRADA INDIRECTA

ESPECIALIDAD RAMA	CEME PRE-REQUISITO	GRADO PREREQUISITO
Alergia e Inmunología Clínica	Medicina interna	2
Angiología y Cirugía Vascular	Cirugía general	1
Cardiología	Medicina Interna	2
Cardiología pediátrica	Pediatría	3

Cirugía Cardiotorácica	Cirugía general	2
Cirugía Oncológica	Cirugía general	4
Hematología	Medicina interna	1,2,3,4
Hematología pediátrica	Pediatría	3
Infectología	Medicina interna	4
Infectología pediátrica	Pediatría	3
Medicina de enfermo en estado critico	Medicina interna	4
Medicina de enfermo en estado critico	Urgencias médico-quirúrgicas	3
Medicina de enfermo en estado critico	Anestesiología	3
Medicina de pediátrico en estado critico	Pediatría	3
Medicina Paliativa y del dolor	Anestesiología	3
Nefrología	Medicina interna	2
Nefrología pediátrica	Pediatría	3
Neonatología	Pediatría	3
Neumología pediátrica	Pediatría	3
Neurocirugía	Cirugía general	1
Neurocirugía pediátrica	Neurocirugía	5
Neurofisiología clínica	Audiología, Otoneurología y foniatría	4
Neurofisiología clínica	Medicina Física y de Rehabilitación	4
Neurofisiología clínica	Neurología	3
Neurofisiología clínica	Neurología pediátrica	2
Oncología pediátrica	Pediatría	3
Otorrinolaringología pediátrica	Otorrinolaringología, cirugía de cabeza y cuello	4
Patología pediátrica	Anatomía patológica	3
Psiquiatría infantil y de la adolescencia	Psiquiatría	4
Urgencias pediátricas	Pediatría	3

Tabla de Elaboración propia con información del IMSS (2024)

3.1.3 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

El Intituto Mexicano del Seguro Social es un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, de integración operativa tripartita (estado, patrón y trabajador), así como, de carácter de organismo fiscal autonomo. (IMSS, 2022)

Fundado en la administración del Presidente Manuel Ávila Camacho mediante el decreto publicado el 19 de enero de 1943 en el Diario Oficial de la Federación, el hoy considerado como el instituto de salud más grande de Latinoamérica cuenta con mil ochocientas unidades médicas, las cuales se encuentran divididas en 1,517 Unidades de Medicina Familiar, 258 Hospitales Generales y 25 Unidades Médicas de Alta Especialidad. (IMSS, 2020)

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2022), dicho instituto cuenta con el 41.4% de la población mexicana inscrita a su padrón de derechohabencia, es decir, con un padrón aproximado de 52,4 millones de mexicanos afiliados a sus servicios. Asimismo, el ENSANUT (2022), solo el 59.6% de los afiliados asisten a las instalaciones del IMSS, mientras que el 23.2% asistieron a instituciones privadas y el 11.3% a consultorios anexos a farmacias.

En pos de cumplir con lo establecido por la CIFRHS, el IMSS, es el único instituto con la capacidad de ofrecer las 27 especialidades especificadas a nivel nacional, además de poder ofrecer, 25 subespecialidades de los campos quirúrgicos, clínicas, de salud pública y de auxilio de diagnóstico. (IMSS, 2024)

Esta labor se realiza de manera dual entre el IMSS, y las Instituciones Educativas facultadas por la CIFRHS, estas establecen programa educativo, mientras que el IMSS desarrolla el programa operativo dentro de sus Unidades Médico Receptoras.

El IMSS al ser de nivel nacional, se encarga no solo de proporcionar atención médica a la población, sino de mantener su operatividad y funcionamiento del sistema a todo el país. Es de obvia que, para mantener este modelo, se despliega en las diversas entidades federativas del país adaptándose a las realidades locales. En este sentido, es necesario tomar en consideración el contexto regional de la presente investigación. A fecha de marzo de dos mil veintitrés, el Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con 459 médicos residentes bajo su tutela y formación. Se establece su con nueve establecimientos en el Valle de Toluca, ubicándose seis en el municipio de Toluca de Lerdo, uno en el municipio de Metepec, un establecimiento en San Mateo Atenco y el último en el municipio de Lerma de Villada (IMSS, 2023).

Se conforma como se describe a continuación:

TOLUCA

a) HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 220.

Médicos residentes en servicio: 133.

Ubicación: Avenida Paseo Tollocan esq. Nezahualcóyotl 620 Toluca de Lerdo, Col. Vértice, Toluca, C.P. 50150.

b) **UNIDAD MÉDICO FAMILIAR NÚMERO 220.**

Residentes a su servicio: 40.

Ubicación: Avenida Paseo Tollocan esq. Nezahualcóyotl 620 Toluca de Lerdo, Col. Vértice, Toluca, C.P. 50150.

c) **HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICÍA NÚMERO 221.**

Médicos residentes en servicio: 10.

Ubicación: Calle Josefa Ortiz de D. s/n, Centro, 50150 Toluca de Lerdo, Méx.

d) **UNIDAD MÉDICO FAMILIAR NÚMERO 222.**

Médicos residentes en servicio: 40.

Ubicación: Vértice Manzana 038, Progreso, 50150 Toluca de Lerdo, Méx.

e) **UNIDAD MÉDICO FAMILIAR NÚMERO 250.**

Médicos residentes en servicio: 17.

Ubicación: Avenida Nicolas San Juan 114, Toluca de Lerdo, Col. la Magdalena, C.P. 50010.

f) **UNIDAD MÉDICO FAMILIAR NÚMERO 249.**

Médicos residentes en servicio: 5.

Ubicación: Calzada de Fraternidad 106, Santiago Tlaxomulco, Col. Junta Local de Caminos, Toluca, C.P. 50285.

LERMA DE VILLADA.

a) **UNIDAD MÉDICO FAMILIAR NÚMERO 223.**

Médicos residentes en servicio: 15.

Ubicación: Avenida Miguel Hidalgo esq. Flores Magón S/N Lerma De Villada, Col. La Mota, Lerma, C.P. 52004

SAN MATEO ATENCO.

a) **UNIDAD MÉDICO FAMILIAR NÚMERO 248**

Médicos residentes en servicio: 21.

Ubicación: Av. Libertad S/N Barrio De Guadalupe San Mateo Atenco Estado de México C.P. 52100

METEPEC.

a) UNIDAD MÉDICO FAMILIAR NÚMERO 251.

Médicos residentes en servicio: 195.

Ubicación: Avenida CODAGEM 501 Metepec, Col. Mayorazgo, Metepec, C.P. 52140.

3.2 MARCO LEGAL DE LAS RESIDENCIAS MÉDICAS

El derecho a la protección de la salud es un derecho humano, reconocido desde 1948 por la Organización de las Naciones Unidas y reconocido bajo el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, mismo que señala que “toda persona tiene derecho a la protección de la Salud”.

Este derecho es una de las obligaciones que por su naturaleza requiere de bastantes figuras legales tanto para particulares como para el Estado. En el entendido de que la posición de salud no se puede limitar a una salud física, sino que mínimamente comprende el estar físico, social, y psíquico de los particulares. Atento a lo mencionado, el Estado debe de cubrir en su mayoría 2 posiciones que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales divide en 2, siendo los Determinantes Básicos para la Salud y el Cuidado de la Salud. El primero se enfoca en las políticas públicas de prevención, difusión, promoción del saneamiento público y de salubridad para la prevención de enfermedades y situaciones que conlleven a un riesgo a la integridad del particular; y el segundo se enfoca a todos los servicios de salud que enfrentan la enfermedad directa y sus síntomas como tratamientos del individuo. (Montiel, 2005)

Tal como describe la NOM-EM-001-SSA3-2022, en México existen 305, 418 personas con títulos de médicos generales, con un 67% de médicos a nivel general y solo el 33% especializados en una rama; y aunque rebasa el promedio de países latinoamericanos, con 2.4 médicos por cada mil habitantes, el Estado Mexicano no alcanza el recomendado por la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) de 3.5 médicos por cada mil pobladores. Asimismo, con la proyección de que en el año 2050 la población mexicana alcanzará los 150 millones, se tiene la meta a cumplir de alcanzar 575 mil médicos para lograr la cifra recomendada de la OCDE.

Además, México se encuentra muy por debajo de la cantidad recomendada de médicos especialistas, tal como lo informó el Secretario de Salud Jorge Alcocer,

México solo tiene 0.07 médicos especialistas por cada cien mil habitantes, cuando son necesarios 1.2 por dicha cantidad, según lo establecido por la OMS. (2022)

Y tal como precede en temas anteriormente mencionados, la necesidad de regularizar y tener un sistema que permita la especialización de la medicina de manera correcta obliga al Estado mexicano a fusionar los sistemas educativos y de salud para obtener un correcto funcionamiento en la enseñanza de esto, así como, de poder crear una oportunidad de mano laboral profesional que atienda a las necesidades básicas de salubridad del mexicano.

Ante la necesidad del Estado para cubrir el determinante del Cuidado de la Salud, el Estado Mexicano crea acorde a sus fuentes de derechos, métodos y recursos para satisfacer las necesidades y los derechos de los ciudadanos mexicanos. Por lo que mediante en lo dispuesto en el Capítulo XVI de la Ley Federal de Trabajo se crea el trabajo especial “Médicos Residentes en etapa de Adiestramiento”.

Resulta necesario para el entendimiento completo de la situación del médico residente, el visualizar el marco legal que acompaña a esta figura laboral y educativo que se maneja en el Sistema Nacional de Salud, sus fuentes creadoras, sus limitaciones y las funciones de cada Institución.

3.2.1 MARCO LEGAL DEL SISTEMA EDUCATIVO EN MATERIA DE SALUD DE LOS MÉDICOS RESIDENTES EN ETAPA DE ADIESTRAMIENTO.

3.2.1.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

Tal como antecede en los capítulos anteriores, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos funge como la principal y más grande fuente de derecho en sistema jurídico mexicano. Estableciendo la protección a los derechos fundamentales en la parte dogmática de su contenido, y la organización del Estado en la parte Orgánica, tal como se desprende del artículo 4° de dicha fuente, el estado Mexicano se obliga a garantizar el acceso a los servicios de cuidado de la Salud, así como de basarse en el artículo 73° constitucional de establecer la facultad del Congreso de crear toda ley que sea necesaria para hacer efectivas las encomiendas del Estado.

Atento a lo anterior, el desglose de la normatividad en materia educativa y orgánica del sector deriva desde el máximo ordenamiento jurídico

3.2.1.2 LEY GENERAL DE SALUD.

Ley derivada del artículo cuarto de la CPEUM, esta ley reglamentaria establece las bases y modalidades para los servicios de salud, distribución de competencias y las funciones del Sistema Nacional de Salud. Asimismo, esta ley es inherente a la formación de recursos humanos para salud, pues da pauta y sirve como fuente del derecho para las normas especializadas en materia educativa.

A efectos del presente trabajo de investigación, se tomarán en consideración artículos base de tres títulos de la Ley General de Salud, siendo: “Disposiciones Generales”, “Sistema Nacional de Salud” y “Recursos Humanos para los Servicios de Salud”

En el Título Primero “Disposiciones Generales” de la Ley General de Salud, los cardenales principales se disponen en los artículos 1º, 2º f VII, 3º f. VIII y XI, 4º f. I, II y III, estableciendo razón de la Ley, sus finalidades, competencia de las materias y autoridades correspondientes.

“Artículo 1o.- La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, distribuye competencias y establece los casos de concurrencia entre la Federación y las entidades federativas en materia salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 2o.- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

...

VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud, y

...

Artículo 3o.- En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:

...

VIII. La promoción de la formación de recursos humanos para la salud;

...

XI. La educación para la salud;

...

Artículo 4o.- Son autoridades sanitarias:

...

III. La Secretaría de Salud, y”

(Congreso de la Unión, Ley General de Salud (LGS), 1984)

En el Título Segundo “Sistema Nacional de Salud” en el Capítulo 1 “disposiciones comunes, se define como se encuentra constituido y cuales son los objetivos de dicho sistema.

“Artículo 5o.- El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

Artículo 6o.- El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos:

...

VI. Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud;

...

Artículo 7o.- La Coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud, correspondiéndole a ésta:

...

XI. Apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y las educativas, para formar y capacitar recursos humanos para la salud;

XII. Coadyuvar a que la formación y distribución de los recursos humanos para la salud sea congruente con las prioridades del Sistema Nacional de Salud;”

(Congreso de la Unión, Ley General de Salud (LGS), 1984)

El Título Cuarto “Recursos Humanos para los Servicios de la Salud” Capítulo III “Formación, Capacitación y Actualización del Personal”, es donde se encuentra el mayor enfoque destinado a la educación y formación del personal médico, asignándole el deber de crear las normas, criterios, programas y la obligación de participar en coordinación con las autoridades educativas.

“Artículo 89.- Las autoridades educativas, en coordinación con las autoridades sanitarias y con la participación de las instituciones de educación superior, recomendarán normas y criterios para la formación de recursos humanos para la salud.

Las autoridades sanitarias, sin perjuicio de la competencia que sobre la materia corresponda a las autoridades educativas y en coordinación con ellas, así como con la participación de las instituciones de salud, establecerán las normas y criterios para la capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud.

Artículo 90.- Corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, sin perjuicio de las atribuciones de las autoridades educativas en la materia y en coordinación con éstas:

I. Promover actividades tendientes a la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos que se requieran para la satisfacción de las necesidades del país en materia de salud;

...

Artículo 91.- La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, coadyuvarán con las autoridades e instituciones educativas, cuando éstas lo soliciten, en:

I. El señalamiento de los requisitos para la apertura y funcionamiento de instituciones dedicadas a la formación de recursos humanos para la salud, en los diferentes niveles académicos y técnicos, y

II. En la definición del perfil de los profesionales para la salud en sus etapas de formación.

Artículo 92.- Las Secretarías de Salud y de Educación Pública y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, impulsarán y fomentarán la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para los servicios de salud, de conformidad con los objetivos y prioridades del Sistema Nacional de Salud, de los sistemas estatales de salud y de los programas educativos.

Artículo 93.- La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud, promoverá el establecimiento de un sistema de enseñanza continua en materia de salud.

Artículo 94.- Cada institución de salud, con base en las normas oficiales mexicanas que emita la Secretaría de Salud establecerá las bases para la utilización de sus instalaciones y servicios en la formación de recursos humanos para la salud.

Artículo 95.- Los aspectos docentes del internado de pregrado y de las residencias de especialización, se regirán por lo que establezcan las instituciones de educación superior, de conformidad con las atribuciones que les otorguen las disposiciones que rigen su organización y funcionamiento y lo que determinen las autoridades educativas competentes.”

(Congreso de la Unión, Ley General de Salud (LGS), 1984)

Se manifiesta como un componente esencial y de relevancia ya que establece las bases para garantizar la formación, capacitación y actualización del personal médico. Además, regula la coordinación entre instituciones educativas y sanitarias, asegurando que los recursos humanos para la salud sean congruentes con las prioridades nacionales. En este sentido, la ley no solo proporciona directrices para el desarrollo profesional, sino que también refuerza el derecho a la protección de la salud como eje rector del Sistema Nacional de Salud.

3.3.1.3 REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARÍA DE SALUD

Tal como se describe en el artículo primero del referido reglamento, la Secretaría de Salud tiene diversos encargos, facultades y obligaciones emanadas de múltiples leyes, entre ellas la Ley General de Salud y la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, por ello, se necesitó de una normatividad que permitiera el correcto funcionamiento de dicha Secretaría.

En función de la presente investigación, se deben de considerar los Capítulos I y X del reglamento interior a efecto de mostrar la organización de la Secretaría y de las Unidades Administrativas que operan interiormente, seccionando los cardenales jurídicos en donde se determine las funciones en educación y formación de recursos humanos para servicios de la Salud.

En Capítulo I “De la competencia y Organización de la Secretaría” se refieren a los cargos de facultades y atribuciones de la Secretaría de Salud, así como de las autoridades, órganos, unidades y servidores públicos de los que se puede auxiliar y sirven de manera directa o indirecta al Secretario de Salud.

“Artículo 1. La Secretaría de Salud, como dependencia del Poder Ejecutivo Federal, tiene a su cargo el desempeño de las atribuciones y facultades que le confieren la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la Ley General de Salud y otras leyes, así como los reglamentos, decretos, acuerdos y órdenes del Presidente de la República.

Artículo 2. Al frente de la Secretaría de Salud estará el Secretario del Despacho, quien para el desahogo de los asuntos de su competencia se auxiliará de:

A. Los servidores públicos siguientes

...

B. Las unidades administrativas siguientes:

...

II. Dirección General de Calidad y Educación en Salud;

...

C. Órganos desconcentrados”

(SEGOB, 2004)

El Capítulo X “De las Unidades Administrativas” refiere a las obligaciones que tienen dichas unidades de programar, organizar dirigir y evaluar el desarrollo de las funciones que se les encomendó a dichas Unidades.

“Artículo 15. Al frente de cada unidad administrativa habrá un director general o secretariado técnico, que se auxiliará por directores generales adjuntos, directores,

subdirectores, jefes de departamento, de oficina, sección y mesa, y demás servidores públicos que requieran las necesidades del servicio.

...

Artículo 18. Corresponde a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud:

...

III. Proponer normas oficiales mexicanas y demás actos administrativos de carácter general, en términos de las disposiciones aplicables, a los que deberá sujetarse en las instituciones públicas, sociales y privadas, la prestación de los servicios de atención médica y asistencia social, así como los de formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud y, en esta última materia, promover y vigilar su cumplimiento, con la participación que corresponda a las unidades administrativas competentes;

...

XXIV. Establecer, supervisar y evaluar los programas de formación, capacitación y educación continua de recursos humanos para la salud y coordinarse en estas actividades con las instituciones del Sistema Nacional de Salud, del Sector Educativo y de los Servicios de Salud en las entidades federativas;

XXV. Participar con las autoridades e instituciones educativas en la definición del perfil del personal profesional y técnico del área de la salud y en el señalamiento de requisitos para la apertura y funcionamiento de instituciones dedicadas a su formación;

XXVI. Representar a la Secretaría ante la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud y otras organizaciones que tengan por objeto mejorar la calidad y el desarrollo del personal de salud;

XXVI Bis 1. Llevar a cabo las acciones necesarias para la elaboración y aplicación del examen nacional de residencias médicas;

XXVI Bis 2. Informar de los resultados de las evaluaciones a la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud y otorgar las constancias respectivas;"

(SEGOB, 2004)

El Reglamento Interior de la Secretaría de Salud es fundamental porque organiza y da claridad a cómo funciona esta dependencia. Asimismo, su importancia también recae la coordinación de las instituciones de salud con la formación y capacitación del personal de salud con las instituciones educativas

3.2.1.4 ACUERDO POR EL QUE SE CREA LA COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD.

Tal como se describió, mediante el acuerdo del diecinueve de octubre de 1983 en el que se crea la CIFRHS, cuya principal finalidad es la formación y especialización de los profesionistas en materia de salud, se decretaron los objetivos, finalidades e integración de dicha Comisión, así como de los principales artículos en materia de educación que se disponen a continuación:

“ARTICULO PRIMERO. - Se crea la Comisión interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud con el propósito de identificar las áreas coordinación entre las instituciones educativas y las de salud. así como entre el sector de educativo y el sector salud. en el proceso de formación de recursos humanos para la salud que requiera el Sistema Nacional de Salud.

ARTICULO TERCERO. - La Comisión será el órgano de consulta de la Secretaria de Educación Pública y de la Secretaria de Salubridad y Asistencia, así como de otras dependencias e instituciones del sector público para el desarrollo de las siguientes funciones

...

III.- Propiciar que la formación de recursos humanos se oriente por las políticas del Sistema Nacional de Salud y de la Secretaria Educación Pública;

IV.- Promover acciones tendientes a lograr una adecuada distribución de los recursos humanos en formación entre los diversos campos la salud;

V - Coadyuvar a la definición de los perfiles de los profesionales de la salud. en su etapa de formación. congruentes con el Sistema Nacional de Salud y la Secretaria de Educación Pública;

...

VIII.- Recomendar los requisitos que deben reunir las instituciones de salud para que puedan participar en la formación de recursos humanos para la salud

IX.- Promover planes y programas de estudio, así como estrategias tendientes al establecimiento de un sistema de enseñanza continua para el personal de atención a la salud

...

XV.- Recomendar las bases para la asignación de becas académicas y/o económicas a los alumnos de pre y posgrado a las áreas que así se establezca

...

XVIII.- Todas las demás que le confieran las disposiciones legales y administrativas aplicables.

ARTÍCULO SEXTO. - para el estudio y proposición de los asuntos específicos previstos en este acuerdo la comisión contará con comités cuyas funciones genéricas y miembros serán definidos en el reglamento interior de la comisión o en las disposiciones que ordenen la formación de dichos comités

ARTÍCULO SÉPTIMO. - Los comités señalarán las funciones específicas que deben atender y la someterán a la comisión para su aprobación”

(SEGOB, 1983)

La creación de las CIFRHS ha permitido que la formación de los profesionales en materia de salud cumpla con los estándares mínimos y adecuados para las necesidades del Sistema de Salud Nacional. Además, de que la aplicación del ENARM ha permitido que el ingreso a estas residencias se realice de manera justa y parcial.

3.2.1.5. REGLAMENTO INTERIOR DE LA COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD.

Al ser una Comisión con una tarea y finalidad bastante amplia, se tuvo que recurrir a la creación de una normatividad relativa a la dinámica estructural y funcional de esta Comisión, por ello se crea el Reglamento Interno de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, y se deben de considerar las siguientes disposiciones señaladas en dicho reglamento:

“ARTICULO 1. La Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud es un órgano de consulta, asesoría y apoyo técnico para las secretarías de Salud y de Educación Pública y para otras dependencias e instituciones del sector público, así como un ámbito de consenso entre diversas instancias de los sectores público, social y privado en asuntos de común interés en materia de formación de recursos humanos para la salud.

ARTICULO 19. En cumplimiento del artículo sexto del Acuerdo que crea la Comisión, ésta integrará los siguientes comités:

...

V. Comité de Posgrado y Educación Continua, y

...

ARTICULO 21. En cumplimiento del artículo séptimo del Acuerdo que crea la Comisión, los Comités señalarán por cada año calendario las funciones específicas que atenderán entre las siguientes:

...

Comité de Enseñanza de Posgrado y Educación Continua

I. Proponer elementos técnicos y acciones estratégicas para que la formación de los recursos humanos para la salud se oriente por las políticas de la Secretaría de Salud, como coordinadora del Sistema Nacional de Salud;

II. Desarrollar propuestas para la definición de criterios académicos de selección del profesorado que las instituciones de salud propongan a las educativas para la formación de recursos humanos para la salud en sus sedes;

III. Aportar indicadores, criterios y estrategias para la distribución de recursos humanos en formación en los campos clínicos del Sistema Nacional de Salud, y

IV. Proponer elementos técnicos que puedan utilizarse como base para la asignación de becas académicas o económicas a los alumnos de posgrado en las áreas que así se establezcan.”

(SEGOB, 2004)

3.2.2 MARCO LEGAL DEL SISTEMA LABORAL EN MATERIA DE SALUD DE LOS MÉDICOS RESIDENTES EN ETAPA DE ADIESTRAMIENTO.

3.2.2.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

Así como en el apartado educativo, el sistema laboral también es tutelado por la suprema norma mexicana, marcado en lo dispuesto en los artículos 5° y 123° de la Constitución Política Mexicana surgen la estructura en la que se basará el trabajo mexicano y el sistema laboral del médico residente. Estableciendo como normas principales las que se citan a continuación:

“**Art. 5o.-** Nadie podrá ser obligado a prestar trabajos personales sin la justa retribución y sin su pleno consentimiento, salvo el trabajo impuesto como pena por la autoridad judicial, el cual se ajustará a lo dispuesto en las fracciones I y II del artículo 123.

Artículo 123.- Toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto, se promoverán la creación de empleos y la organización social de trabajo, conforme a la ley

A. Entre los obreros, jornaleros, empleados domésticos, artesanos y de una manera general, todo contrato de trabajo:

...

B.- Entre los Poderes de la Unión y sus trabajadores”

...

(Congreso de la Unión, 2023)

3.2.2.2 LEY REGLAMENTARIA DEL ARTÍCULO 5° CONSTITUCIONAL, RELATIVO AL EJERCICIO DE LAS PROFESIONES.

Esta ley determina que profesiones necesitan el reconocimiento de la conclusión de los estudios necesarios para ejercer. Ante la dificultad e importancia que tienen los estudios de la salud a nivel nacional, para ejercer la carrera de medicina y sus respectivas especializaciones, se toman las siguientes disposiciones de esta ley:

“ARTICULO 2o.- Las leyes que regulen campos de acción relacionados con alguna rama o especialidad profesional, determinarán cuáles son las actividades profesionales que necesitan título y cédula para su ejercicio.

ARTICULO 3o.- Toda persona a quien legalmente se le haya expedido título profesional o grado académico equivalente, podrá obtener cédula de ejercicio con efectos de patente, previo registro de dicho título o grado.

ARTICULO 4o.- El Ejecutivo Federal, previo dictamen de la Dirección General de Profesiones, que lo emitirá por conducto de la Secretaría de Educación Pública y oyendo el parecer de los Colegios de Profesionistas y de las comisiones técnicas que se organicen para cada profesión, expedirá los reglamentos que delimiten los campos de acción de cada profesión, así como el de las ramas correspondientes, y los límites para el ejercicio de las mismas profesiones.

ARTICULO 5o.- Para el ejercicio de una o varias especialidades, se requiere autorización de la Dirección General de Profesiones, debiendo comprobarse previamente: 1.- Haber obtenido título relativo a una profesión en los términos de esta Ley; 2.- Comprobar, en forma idónea, haber realizado estudios especiales de perfeccionamiento técnico científico, en la ciencia o rama de la ciencia de que se trate.

ARTICULO 6o.- En caso de conflicto entre los intereses individuales de los profesionistas y los de la sociedad, la presente Ley será interpretada en favor de esta última, si no hubiere precepto expreso para resolver el conflicto. Por lo que se refiere a las profesiones que implican el ejercicio de una función pública, se sujetarán a esta Ley, y a las leyes que regulen su actividad, en lo que no se oponga a este ordenamiento.

ARTICULO 8o.- Para obtener título profesional es indispensable acreditar que se han cumplido los requisitos académicos previstos por las leyes aplicables.

ARTICULO 24.- Se entiende por ejercicio profesional, para los efectos de esta Ley, la realización habitual a título oneroso o gratuito de todo acto o la prestación de cualquier servicio propio de cada profesión, aunque sólo se trate de simple consulta o la ostentación del carácter del profesionista por medio de tarjetas, anuncios, placas, insignias o de cualquier otro modo. No se reputará ejercicio profesional cualquier acto realizado en los casos graves con propósito de auxilio inmediato.

ARTICULO 59.- Cuando el servicio social absorba totalmente las actividades del estudiante o del profesionista, la remuneración respectiva deberá ser suficiente para satisfacer decorosamente sus necesidades.

ARTICULO 60.- En circunstancias de peligro nacional, derivado de conflictos internacionales o calamidades públicas, todos los profesionistas, estén o no en ejercicio, quedarán a disposición del Gobierno Federal para que éste utilice sus servicios cuando así lo dispongan las leyes de emergencia respectivas.”

(Congreso de la Unión, 1945)

3.2.2.3 LEY FEDERAL DEL TRABAJO (LFT)

Creada en 1931 la Ley Federal de Trabajo es el marco jurídico por excelencia con el fin de regular las relaciones de trabajo del apartado A de la CPEUM, destinada a propiciar el trabajo digno y decente en todas las relaciones laborales, estableciendo las obligaciones, derechos y los procedimientos en supuestos de conflictos laborales.

Y tal como se refirió anteriormente, en 1970 se crea el trabajo especial bajo el Capítulo XVI del Título Sexto “Trabajos de Médicos Residentes en Período de Adiestramiento en una Especialidad” de la LFT, en este capítulo se encuentran las definiciones base, las obligaciones, derechos de los médicos residentes y disposiciones aplicables.

La naturaleza híbrida de la relación laboral de los médicos residentes permite que sea reconocida como trabajo especial. Al desempeñar funciones esenciales en hospitales y clínicas, al asumir responsabilidades directas en la atención a pacientes, así como, su estancia por un proceso formativo que busca su especialización médica; esta dinámica necesita ser regulada por una regulación específica.

“CAPITULO XVI Trabajos de Médicos Residentes en Período de Adiestramiento en una Especialidad

Artículo 353-A.- Para los efectos de este Capítulo, se entiende por:

- I. Médico Residente: El profesional de la medicina con Título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, que ingrese a una Unidad Médica Receptora de Residentes, para cumplir con una residencia.
- II. Unidad Médica Receptora de Residentes: El establecimiento hospitalario en el cual se pueden cumplir las residencias, que, para los efectos de la Ley General de Salud, exige la especialización de los profesionales de la medicina; y
- III. Residencia: El conjunto de actividades que deba cumplir un Médico Residente en período de adiestramiento; para realizar estudios y prácticas de posgrado, respecto de la disciplina de la salud a que pretenda dedicarse, dentro de una Unidad Médica Receptora de Residentes, durante el tiempo y conforme a los requisitos que señalen las disposiciones académicas respectivas.

Artículo 353-B.- Las relaciones laborales entre los Médicos Residentes y la persona moral o física de quien dependa la Unidad Médica Receptora de Residentes, se regirán por las disposiciones de este Capítulo y por las estipulaciones contenidas en el contrato respectivo, en cuanto no las contradigan.”

(Congreso de la Unión, 2024)

Representando un pilar de importancia en la protección de los derechos laborales de los médicos residentes, y el hecho de que estos se establezcan dentro de los trabajos especiales muestra una comprensión de la complejidad de su dualidad laboral.

3.2.2.4 NORMA Oficial Mexicana NOM-001-SSA-2023, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica.

Norma que establece los criterios base para el correcto establecimiento de los mecanismos y formas en las que se llevarán a cabo los programas operativos de especialización, así como, de coordinación entre las múltiples instituciones adscritas al Sistema Nacional de Residencias Médicas.

Antiguamente como NOM-001-SSA-2023, esta norma es la cúpula de todas las leyes, reglamentos y ordenamientos que regulan las residencias médicas, pues dicha norma considera todos los elementos indispensables para la realización de estas. Asimismo, es el documento base o supletorio de los reglamentos Internos de múltiples instituciones formativas de los cursos de Especialización.

Reestablecida el diecinueve de febrero de dos mil veinticuatro, viene a suplir a la Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-001-SSA3-2022 a causa de la crisis sanitaria ocasionada por el virus SARS-CoV-2, y que había perdido su vigencia a inicios del año dos mil veintitrés. La actual norma mantiene la esencia y preceptos mayoritarios a la antigua norma de emergencia.

Esta NOM, cubre con el apéndice inserto a continuación:

0. Introducción
1. Objetivo y campo de aplicación
2. Referencias normativas
3. Términos y definiciones
4. Disposiciones generales
5. Disposiciones para las unidades médicas receptoras de residentes
6. Ingreso y permanencia en las unidades médicas receptoras de residentes del Sistema Nacional de Residencias Médicas
7. Guardias
8. Disposiciones para el profesorado de las residencias médicas
9. Disposiciones para los médicos residentes
10. Concordancia con normas internacionales y mexicanas
11. Bibliografía
12. Vigilancia
13. Vigencia

3.2.2.5 CONTRATO COLECTIVO DE TRABAJO IMSS-SNTSS

Creado en 1944, el Contrato Colectivo de Trabajo IMSS-SNTSS es el acuerdo fundamental mediante el Instituto Mexicano del Seguro Social y los trabajadores del Seguro Social a través del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS, 2024).

Tiene la finalidad de formalizar las condiciones de trabajo y la colaboración entre el IMSS y el SNTSS. Creado en base con el Artículo 123, Apartado A de la Constitución Mexicana y la Ley Del Seguro Social, el Contrato Colectivo tiene como objetivo garantizar los derechos laborales básicos a todos los trabajadores, en funciones hospitalarias y académicas, incluyendo a los médicos residentes, durante sus funciones hospitalarias y académicas.

El referido contrato cuenta con un capítulo denominado “Reglamentos”, sumando un total de 27 abarcando cuestiones de aspecto laboral, operacional y/o económico. Destacando el Reglamento de Médicos Residentes en Periodo de Adiestramiento en una especialidad. Apegado a lo establecido en la “NOM-001-SSA-2023, Educación en Salud, Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica”. Dicho reglamento establece los derechos y obligaciones de los médicos residentes, en base a su aspecto educativo como laboral.

CAPÍTULO 4 VULNERACIÓN AL DERECHO HUMANO AL TRABAJO DE LOS MÉDICOS RESIDENTES EN INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Tal como se ha explicado anteriormente, la labor de los médicos residentes es fundamental y sirve como base en el sistema de atención médica. En cambio, ante la obligación del Estado mexicano de impartir y brindar atención médica, ha confrontado las condiciones laborales que resultan en la vulneración del derecho humano al trabajo, afectando el bienestar de los médicos residentes, así como, la calidad de atención que pueden ofrecer.

Tal como se ha mencionado, la explotación del humano a cambio de un beneficio propio se desarrolla cuando el explotado se encuentra en condiciones de falta de seguridad en varios de sus ámbitos, ya sea física, jurídica, económica y social. Dichos actos son representaciones directas de violaciones directas a los derechos básicos laborales.

Atento a lo anterior, resulta necesario fijar atención a la personalidad que cuenta el médico residente, así como a su labor diaria, consistente en cantidad de horas laboradas, tanto en las jornadas y las guardias, su ingreso económico, la cantidad y calidad sueño. Asimismo, dicha problemática no se puede limitar únicamente al acto práctico de ejercer la medicina, también resulta de importancia encontrar las razones y la falta de protección jurídica que ha permitido que el Sistema de Residencias Médicas del IMSS se vulnere el derecho humano al trabajo de los médicos residentes.

En este último capítulo, se examinarán varios aspectos clave relacionados con la explotación de los médicos residentes, incluyendo las horas de trabajo, los salarios, las prestaciones, las leyes y regulaciones pertinentes, así como el impacto de estas condiciones en la calidad de atención médica.

4.2 INSUFICIENCIA DE SEGURIDAD JURÍDICA.

La inseguridad jurídica de los médicos residentes se presenta como un vacío inquietante en la protección jurídica que debe garantizar los derechos de empleo y las condiciones de empleo. Esta situación refleja una deficiencia en el marco reglamentario que involucra la relación laboral de los médicos residentes, lo que tiene importantes implicaciones para la estabilidad del empleo y el bienestar de estas profesiones en formación.

Desde un punto de vista teórico, la falta de seguridad jurídica de los médicos residentes puede verse como una manifestación de la incapacidad del sistema jurídico para responder eficazmente a las particularidades de su situación laboral, se traduce como una falta de certeza y previsibilidad respecto de derechos y obligaciones, así como la ausencia de mecanismos claros para resolver las diferencias o conflictos de trabajo de manera justa y equitativa.

La falta de seguridad jurídica puede atribuirse a varias causas, como la ausencia de una regulación específica para los médicos residentes, la interpretación ambigua del derecho a trabajar en el lugar de trabajo, la ausencia de un control efectivo por parte de las autoridades competentes y la capacidad limitada de los médicos residentes para hacer valer sus derechos debido a obstáculos burocráticos o jurídicos.

La falta de seguridad jurídica de los médicos residentes refleja un desequilibrio en la relación laboral, donde la vulnerabilidad de estas profesiones se ve acentuada por la falta de garantías jurídicas y la incertidumbre sobre en qué situación profesional se emplean. Existe una necesidad urgente de eliminar y fortalecer los órganos legales y regulatorios para garantizar una protección efectiva de los derechos laborales de los médicos residentes y promover condiciones laborales justas y seguras en el ámbito de la salud.

4.2.1 LA FIGURA “BECARIO” COMO LAGUNA LEGAL.

El movimiento médico de 1964, a pesar de sufrir una represión y persecuciones súbitas y autoritarias, logró instaurar la categoría de Médico Residente como una ocupación especial dentro de la Ley Federal del Trabajo en 1970. Este hito marcó un cambio significativo al reconocer a los médicos residentes no solo como estudiantes en prácticas, sino como trabajadores con todos sus derechos.

Aunque dicho logro fue realizado a través del movimiento de 1964, y llevado a la ley en 1970, tardó más de 56 años en que dicha figura legal fuese de observancia obligatoria, pues no fue hasta el siete de diciembre de 2016, que la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN, 2016) resuelve la Contradicción de Tesis 308/2016 mediante la cual sustenta que claramente la intención del legislador de establecer que la relación del "residente" con la unidad médica en la que se desempeña tenga un carácter laboral, aunque con particularidades específicas. Aunque el objetivo principal sea el adiestramiento para obtener una especialidad, lo que podría asociarse al rol de "alumno", esto no disuelve el hecho de que la relación fundamental es la de trabajador, ya que la residencia deriva de su contratación con

ese propósito específico. Asimismo, es importante destacar que entre las partes involucradas existe un elemento esencial que define las relaciones laborales: la subordinación en la prestación del servicio. Los médicos residentes tienen una jornada laboral establecida, un salario acorde a su labor, y están sujetos a la obligación de seguir instrucciones y cumplir con los deberes tanto laborales como académicos que les son asignados, tal como se desprende en la tesis que se inserta:

“Tesis

Registro digital: 2013538

Instancia: Segunda Sala

Décima Época

Materia(s): Común, Laboral

Tesis: 2a./J. 2/2017 (10a.)

Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación.

Libro 38, Enero de 2017, Tomo I, página 608

Tipo: Jurisprudencia

MÉDICO RESIDENTE DE UNA ESPECIALIDAD. SU BAJA ORDENADA POR LOS FUNCIONARIOS DE LA UNIDAD MÉDICA A LA QUE ESTÁ ADSCRITO, NO ES UN ACTO DE AUTORIDAD PARA EFECTOS DEL JUICIO DE AMPARO.

La actividad de los médicos residentes encuentra su fundamento en el Título Sexto, denominado "Trabajos especiales", Capítulo XVI, intitulado "Trabajos de Médicos Residentes en Periodo de Adiestramiento en una Especialidad", de la Ley Federal del Trabajo. Ahora bien, del texto de la ley y de su exposición de motivos se advierte que la intención del legislador, en todo momento, fue que la relación del "residente" con la unidad médica en la que participe tenga naturaleza laboral, con ciertas características especiales, y aunque tenga como fin su adiestramiento para lograr una especialidad, lo que en cierta forma le da el carácter de "alumno", ello no puede disolver el vínculo que tiene como trabajador, pues la residencia es consecuencia de su contratación con ese fin específico. Además, entre las partes existe el elemento esencial que identifica las relaciones de trabajo, esto es, la subordinación en la prestación del servicio, pues los médicos residentes tienen una jornada, un salario, así como la obligación de acatar órdenes y cumplir con los deberes que les son impuestos, tanto laborales como académicos. De ahí que la baja de un médico residente no es un acto que se circunscriba al ámbito académico, sino al laboral, es decir, su relación con la unidad médica en que está adscrito es de naturaleza exclusivamente laboral, ya que los actos de la unidad médica en la que realiza la residencia quedan

comprendidos dentro de aquellos que cualquier patrón ejecuta, pues en esas relaciones el Estado queda sometido a las prevenciones del derecho laboral como cualquier otro particular.

Contradicción de tesis 308/2016. Entre las sustentadas por los Tribunales Colegiados Quinto en Materia de Trabajo del Primer Circuito, Segundo en Materia de Trabajo del Séptimo Circuito y Primero en Materias Civil y de Trabajo del Décimo Séptimo Circuito. 7 de diciembre de 2016. Unanimidad de cuatro votos de los Ministros Eduardo Medina Mora I., Javier Laynez Potisek, José Fernando Franco González Salas y Alberto Pérez Dayán. Ponente: Margarita Beatriz Luna Ramos; en su ausencia hizo suyo el asunto Alberto Pérez Dayán. Secretaria: Guadalupe Margarita Ortiz Blanco.”

(SCJN, 2016)

Siendo el Instituto Mexicano del Seguro Social el instituto de Salud más grande de la nación, es la único que se apega de manera constitucional a lo dictado por la SCJN, ya que a través de la Unidad de Transparencia, el Lic. Carlos Alberto Carrillo Rodríguez dio respuesta a la solicitud de información pública con número de folio 330018023032539, informando que base a lo señalado en el Contrato Colectivo de Trabajo, con fundamento en el Capítulo del Reglamento de Médicos Residentes en etapa de adiestramiento, son considerados como trabajadores, citando los artículos 1°, 2° y 30° de dicho Capítulo.

“Artículo 1. El presente Reglamento establece las condiciones de trabajo entre los trabajadores Médicos Residentes en período de adiestramiento en una especialidad y el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Artículo 2. Se considera trabajador Médico Residente en período de adiestramiento en una especialidad, al profesional de la medicina que ingresa en una unidad médica receptora de residentes del Instituto por medio de una beca para la capacitación de sus trabajadores o con propuesta del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, para cumplir con una residencia y recibir instrucción académica y el adiestramiento en una especialidad de acuerdo con el Programa Académico del Instituto.

Artículo 30. Los trabajadores Médicos Residentes en período de adiestramiento en una especialidad, mientras estén sujetos a esta contratación especial percibirán las prestaciones que establece el Contrato Colectivo de Trabajo sin más limitaciones que las inherentes a la temporalidad del trabajo y a las que se señalan en este Reglamento y un

suelo mensual de conformidad con el tabulador de sueldos convenido. Además, durante el período de adiestramiento, para el cumplimiento de la residencia disfrutarán de la cantidad mensual que se establezca por concepto de beca y el 50% de su colegiatura universitaria; asimismo, recibirán ayuda para material didáctico, la cual será libre de impuestos, absorbiéndolos el Instituto.”

(IMSS, 2023)

Si bien, el IMSS hace correcto acatamiento a lo establecido por la SCJN, tal como se establece en lo dispuesto en el artículo 30 del Contrato Colectivo, establece al médico residente como acreedor de “cantidad mensual que se establezca por concepto de beca”. Es decir, el IMSS, reconoce al médico residente con una dualidad trabajador-becario, cuando dicho concepto debe de ser “trabajador-alumno”. La falta de la definición de los conceptos base “alumno”, “becario” y “pasante”, ha permitido que el Sistema de Residencia Médicas del IMSS ha permitido que establezca condiciones laborales insalubres y violatorias a los derechos humanos, toda vez que no se puede regular una figura no laboral.

Es claro que los médicos residentes tienen la obligación de prestar su servicio en base a la relación laboral constituida con base al contrato laboral a cambio de una prestación económica, pero como becarios se encuentran obligados a prestar su servicio en pos de la obtención de un grado académico. Esta figura por simple que sea reemplaza al concepto de alumno, que la RAE (2024) define como *“persona que recibe enseñanza, respecto de un profesor o de la escuela, colegio o universidad donde estudia”*, por becario, el cual se define como *“cualquier persona que ejecute prácticas en empresas con el fin de completar la formación académica”* (Indeed, 2024).

Este reemplazo permite que las condiciones de trabajo se vean divididos en 2, en un carácter de trabajador, y otro de becario, logrando así, que las condiciones que la Ley Federal del Trabajo no permita, sean manejadas dentro del carácter educativo. La figura de alumno, al no tener obligación de realizar un labor más allá de ser evaluado, presentar ciertas actividades, o en su defecto, de un servicio social, no se le puede imponer cargas laborales. Contrario a lo anterior, la figura de becario, al ser benefactor de una beca, faculta el imponer condiciones de trabajo, y al no estar considerado dentro de la Ley Federal del Trabajo esta figura, permite la violación del derecho humano al trabajo.

Por lo que es necesario que el médico residente no sea reconocido como becario, dado que su actividad en los hospitales involucra un ejercicio profesional que va más allá de la formación académica. Esta figura sugeriría que el residente solo está

adquiriendo conocimientos y habilidades, como si fuera un observador o aprendiz cuando en realidad asume responsabilidades directas de un trabajador en cualquier momento durante su estancia dentro de la Unidad Médico Receptora.

Y aunque, no se puede eliminar la figura de alumno, es necesario evitar la ambigüedad de estas figuras. Toda vez que el médico residente es el trabajador que adquiere conocimientos sobre la rama de especialidad deseada, mientras presta sus labor al Instituto Mexicano del Seguro Social, y sus derechos laborales deben de acatar los derechos fundamentales y humanos del residente, sin que su carácter de alumno interfiera en su labor, derechos y/o obligaciones. Aunando, que la figura de estudiante únicamente podrá abarcar las funciones de adquisición de conocimiento y experiencia, mas no de realizar un labor.

4.2.2 LAS GUARDIAS COMO ARTIFICIO JURÍDICO.

La guardia y la jornada son formas de segmentar el tiempo que el médico residente debe mantenerse en la Unidad Médico Receptora, cada una obedece a su propia naturaleza, si bien, la jornada obedece una naturaleza laboral, la guardia, toma un giro educativo.

Tal como se ha dicho anteriormente, la guardia nace como una figura en el periodo conformacional, donde los médicos por iniciativa propia y con la finalidad de aprender, se encargaban de supervisar y estar al cuidado de los pabellones de los hospitales que les permitían obtener los conocimientos deseados. Dicha práctica se fue manteniendo como método de enseñanza, hasta convertirse en norma para alcanzar la especialidad y grado académico deseado.

La CIFRHS y el Instituto Mexicano del Seguro Social, al establecer las relaciones con los médicos residentes, enfatizan su deber educativo de los médicos profesionales en su formación, ya que, una vez terminada su jornada establecida, le permite a la institución de salud el retener e implicar a los médicos residentes a efecto de realizar más de simples labores, y asignar responsabilidades clínicas y administrativas, con participación y continua al servicio de la Institución de Salud.

Acorde a lo dispuesto el artículo 69 de la Ley Federal del Trabajo, los trabajadores tienen derecho a un día de descanso por cada seis días laborados. Por otro lado, el artículo 61 de la misma ley establece que la duración máxima de la jornada laboral es de 8 horas diarias, siendo un total de 48 horas a la semana. Asimismo, el artículo 66 de la misma ley permite la prolongación la jornada de trabajo por un máximo de tres horas y de tres veces a la semana, pagándose por el 100% extra por cada hora

laborada, por lo que la Ley Federal de Trabajo, limita a un máximo de 57 horas de trabajo a la semana.

Esto ha permitido que el Sistema de Salud Nacional, condicione a los médicos residentes a mantenerse hasta 36 horas continuas dentro de las instalaciones de las Unidades Médico Receptoras, a efecto de poder recibir la acreditación profesional requerida por el estado mexicano para ejercer la medicina a nivel de especialidad. Por lo que, el Sistema Nacional de Salud encubre las horas laboradas más allá de sus jornadas de los médicos residentes, sosteniendo que dicha labor se encuentra fundamentada y permitida a través de la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA-2023, “Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica”, aunque su servicio y disposición no se basa en observar y aprender, sino en responsabilidades directas y en accionar sobre el paciente tanto clínicamente como su formación de expedientes administrativos/clínicos.

De igual manera, la figura de la “guardia” no aparece regulada en la Ley Federal del Trabajo, lo cual ha permitido que sea incorporada únicamente en normativas específicas como la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA-2023. Esto ha generado un vacío legal sobre su procedencia, pues al no estar regulada en la legislación laboral, su regulación en el ámbito laboral formal carece de respaldo, dejando a los médicos residentes en una situación de vulnerabilidad legal.

La guardia ha dejado su concepción inicial de ser un método de enseñanza para convertirse en un artificio legal para la obtención de fuerza laboral especializada a un bajo costo. Convirtiéndose en sí, en una escapatoria jurídica a lo establecido en el artículo 61 de la Ley Federal del Trabajo, disposición que establece la duración máxima de ocho horas en el turno diurno, siete la nocturna y siete y media la mixta, toda vez que la jornada, se mantiene como acto que persigue lo establecido en el programa operativo y su duración no traspasa de las ocho horas. Es decir, las instituciones de salud mantienen a la jornada como el tiempo de trabajo retribuido y a la guardia, como tiempo de enseñanza.

4.2.3 ACAPARAMIENTO EDUCATIVO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

A igual que otras profesiones, el médico al momento posterior de la obtención de su título profesional tiene dos opciones para continuar sus estudios de posgrado, optar por la educación de maestría y doctorado, o realizar estudios de especialización de cierta materia.

Acorde a la Escuela de Graduados en Administración y Dirección de Empresas del Tecnológico de Monterrey (EGADE, 2022), la especialidad esta mayormente enfocado para todas las personas que están en busca de mayores habilidades para el desempeño dentro de su actividad profesional, toda vez que dichos programas tienen énfasis en la dualidad teoría-practica en conocimientos metodológicos y técnicos, además que su duración es aproximadamente de 8 a 12 meses, por lo que es menor a la realización de una maestría. Por el otro lado, el objetivo de una maestría y/o doctorado va enfocado al desarrollo de las competencias analíticas e interpretativas, permitiendo el elaborar nuevos conceptos, y desarrollando el pensamiento crítico, solicitando trabajo de investigación indispensable para la obtención del título, y cuya duración tiene un promedio de dos años.

Por cuestiones de idiosincrasia del gremio médico, los cursos de especialización son los programas más demandados en México, siendo más del 90% de los médicos egresados los que aspiran a dicha oferta educativa. Pero a diferencia de otras profesiones, el sistema de especialización en la educación médica se destaca por estar uniforme a través de toda la República Mexicana por el Programa Nacional de Residencias Médicas de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. (Akaki Blancas & López Barcena, 2018)

Atento a lo anterior, los médicos que deseen ingresar a un programa de especialización se les requiere primero aprobar el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM), para posteriormente, se deben realizar los trámites de ingreso a las instituciones de salud que actúan como campos clínicos para la impartición de los cursos especializados. Una vez completados estos pasos, es necesario estar debidamente inscrito en la institución de educación superior que respalde los planes y programas de estudio.

Pero a diferencia de otras profesiones, que tienen múltiples opciones de elegir en que institución educativa en la cual pueda realizar la continuación de su especialidad, los médicos solo pueden optar en realizar el ENARM, para acreditarse y ejercer dicha especialización. Asimismo, en otros gremios profesionistas, en el supuesto de no ingresar a las instituciones públicas, existe la optativa de elegir alguna institución privada que les brinde dicha capacitación, cuestión que los médicos no se pueden permitir, pues el Sistema Nacional de Residencias Médicas al estar homologado, cierra y cohibe las instituciones, y cursos que se van a realizar.

Además, tal como se mencionó anteriormente, una vez realizado el ENARM, acorde a su convocatoria, a través de su sistema web, los aspirantes empezaran a elegir las especialidad deseada y la sede de su elección por orden del puntaje,

naturalmente de mayor a menor. Acción que, en su defecto, va produciendo que los aspirantes seleccionados con menor puntaje, tengan optativas alejadas a la intención del médico, siendo estas:

- Elegir una especialidad no deseada dentro de una sede preferida.
- Elegir una sede alejada de su entidad federativa con la especialidad deseada.
- El rechazar su selección y repetir el ENARM el próximo año.

Tal como es evidente, el que el médico aspirante pueda elegir la sede, la especialidad, la institución educativa y la institución de salud que desea, es un acto que la gran mayoría de médicos seleccionados no pueden realizar. Pero lastimosamente, más allá de las optativas mencionadas, los aspirantes tendrán que conformarse a lo establecido pues no existe mayor oferta educativa que permita realizar la especialización médica.

Es de importancia resaltar que acorde a lo establecido en el numeral 4.4 de la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA-2023, establece que la duración de las residencias médicas se establece en el programa académico correspondiente de cada instituto de Salud, pero con cerca del 50% de los estudiantes inscritos en la UNAM, mediante el programa, denominado Plan Único de Especialidades Médicas, mismo ha sido adoptado por otras universidades, y que los otros programas educativos son respaldados por la SEP o las Universidades de las Entidades Federativas, la diferencia entre los programas académicos se ha visto mermada, ya que se imparten las mismas especialidades, con la misma duración, y sobre todo, dichas especialidades han superado casi al doble el tiempo de duración promedio de una maestría o doctorado.

Además, el Estado Mexicano, al controlar el sistema educativo de la especialización médica, ha visto dicha oportunidad para explotar la mano de obra médica, pues al no permitir nuevas formas de especialización, obliga de manera sutil a los médicos que aspiran a especializarse a laborar dentro de sus Instituciones de Salud, el tiempo que el Sistema Nacional Educativo y el Sistema Nacional de Salud les imponga. En pocas palabras, el Estado Mexicano coacciona a los aspirantes a trabajar dentro del Sistema de Salud para poder darles la acreditación para que puedan ejercer la especialización deseada. Logrando así, que dicha coerción se transforme en violaciones a los derechos humanos de los médicos residentes, donde los médicos residentes son los últimos en elegir o negociar sus salarios, condiciones y jornadas, toda vez, que, para el gobierno mexicano, el tener en su

control la totalidad la forma especialización es una herramienta laboral sobre los médicos residentes.

4.2.4 INEXISTENCIA DE METODOS DE DEFENSA

En los últimos años, los médicos residentes han levantado su voz en pos de denunciar acoso sexual, discriminación, jornadas mayores a 48 horas, violencia verbal, privación de la libertad al dejarlos encerrados dentro de las Instituciones de Salud y la falta de la entrega de pagos o el retardo de estos, lamentablemente estas denuncias se han hecho a través del anonimato, y ante los procesos burocráticos cuyos tiempos se extienden en demasía, los médicos se han quedado sin medios de defensa. (Miranda P. , 2022)

Ante las múltiples violaciones de los derechos de los médicos residentes, estos han tenido que acudir a sus Instituciones de Salud, a sus jefes de enseñanza o superiores directos, sin que estos logren cubrir o solventar las problemáticas en turno, toda vez que, los métodos legales existentes para la defensa de dichos derechos son insuficientes para poder establecer un estado de respeto a sus derechos fundamentales.

Las principales razones por las cuales los médico residentes permiten dichas violaciones a sus derechos, se basa en la imposibilidad de una pronta resolución o acuerdo que les permita una defensa acorde a los principios de seguridad jurídica, asimismo, las repercusiones a las que pueden enfrentarse por denunciar a sus superiores por acción u omisión.

Acorde a la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS, 2019), el tiempo promedio para que un trabajador obtenga sentencia definitiva en contra de las controversias establecidas es de 4 años, cuestión que es un año por encima al promedio de duración que toma realizar una especialidad médica. Es por esto, que el actuar de manera jurídica en los órganos jurisdiccionales resulta absurdo para los médicos residentes, toda vez, que la explotación laboral y las repercusiones no sufrirían un alto, sino todo lo contrario, y una vez que el médico residente obtuviese una resolución, su especialidad habría terminado.

En base a la encuesta realizada a 65 médicos residentes adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social, el 80% de los médicos residentes sufrieron algún tipo de violencia física, moral, económica o psicológica, de las cuales el 88.9% de los médicos no reportaron los abusos recibidos, puesto que todos admitían temor a las repercusiones directas de sus superiores, o en su defecto, mencionan antecedentes

de consecuencias académicas y laborales a aquellos que decidieron reportar dichos abusos.

Por lo que es de notoriedad que hay inexistencia de algún método o procedimientos que trate de efectuar la protección a los médicos residentes dentro de las clínicas Instituto Mexicano del Seguro Social, toda vez que los mecanismos legales no ofrecen una protección adecuada, ni oportuna, lo que ha obligado a los médicos residentes a callar y evitar la búsqueda de defensa de sus derechos y de justicia, permitiendo a las autoridades perpetuar las prácticas abusivas. Esta realidad refleja una crisis en la protección de los derechos fundamentales de los médicos residentes, quienes, por miedo y desesperanza, se ven obligados a soportar condiciones laborales inaceptables.

4.3 FALTA DE PROTECCIÓN AL MÉDICO RESIDENTE.

A la simple observancia de la situación de los médicos residentes se denota la falta de protección ante las numerosas adversidades que ponen en riesgo tanto su bienestar como la calidad de atención que pueden ofrecer. Desde ser asignados a comunidades rurales apartadas, cuyos usos y costumbres se alejan a la lógica urbana y científica, sin el respaldo para desempeñar sus funciones adecuadamente y siendo alejadas de sus círculos familiares y sociales. Y si se considera al índice de delincuencia provocada por el crimen organizado propio de la nación mexicana, se pone en peligro la misma integridad de los médicos residentes.

Estas problemáticas también incluyen la insuficiencia de recursos materiales disponibles para los tratamientos médicos, la carencia de equipos y suministros básicos, lo que impide que se brinde una atención adecuada y segura a los pacientes. A esto se le puede incluir la suma de la desproporcionada cantidad de pacientes que se deben de atender día a día, superando por demás la capacidad de las Instituciones de Salud, comprometiendo en sí, la calidad de servicio.

Estas condiciones solamente demuestran una desconexión entre las políticas institucionales y de salud con la realidad del ejercicio profesional de los médicos residentes. Toda vez que, en vez de recibir una protección completa para la inversión del Instituto Mexicano del Seguro Social se pone en estado de vulnerabilidad que exige una revisión de las políticas, estrategias y normativas del Sistema de Salud Mexicano.

4.3.1 ROTACIÓN DE CAMPO

Ante la necesidad de satisfacer en su mayor protección el derecho humano a la salud, la Secretaría de Salud en coordinación con las entidades federativas y las instituciones designadas a la salud de la población mexicana, en acuerdo al artículo 88 de la Ley General de Salud, crean programas de carácter social en beneficio de la mayor población posible. Por lo que, a partir de las reformas de la Ley General de Salud de 1973, se crea la rotación de campo.

Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA-2023, *Educación en salud, para la organización y funcionamiento de residencias médicas* (2012), define a la Rotación de campo como el conjunto de actividades de carácter temporal, contenidas en el programa operativo, que deben realizar los médicos residentes del último año de la especialidad cuando así lo requiera. Asimismo, mediante la disposición 4.5 inserta en referida norma determina que especialidades y la duración mínima y máxima debe de ser dicha rotación, dejando a disposición de las unidades administrativas y del ejecutivo la posibilidad de generar dicha obligación a otras especialidades médicas, tal como se muestra a continuación:

“4.5 El programa operativo debe incluir la rotación de campo, con una duración no menor de tres meses ni mayor de seis meses, en unidades médicas receptoras de residentes, durante el último año de las especialidades médicas de cirugía general, ginecología y obstetricia, medicina interna, pediatría, medicina familiar, anestesiología y otras que la unidad administrativa competente determine deban realizarla, en términos de las disposiciones aplicables.” (SEGOB, 2022)

Pero para mayor entendimiento, en concordancia a la necesidad del presente trabajo de investigación, es de mayor utilidad el concepto que brinda el Instituto Mexicano del Seguro Social (2022) a través del Manual de Procedimientos para la rotación de Campo de Médicos Residentes por Hospitales Rurales del Programa IMSS-BIENESTAR 2510-A03-001, mismo que se transcribe a continuación:

“Conjunto de actividades académicas de carácter temporal que deben cumplir los médicos residentes en periodo de adiestramiento, en un Hospital Rural, durante el último grado académico de su formación en las especialidades de Anestesiología, Cirugía General, Epidemiología, Ginecología y Obstetricia, Medicina Familiar, Medicina Interna, Pediatría y Urgencias Médico-Quirúrgicas y demás residencias médicas que el IMSS evalúe que se deben incorporar a la rotación de campo como parte de su

programa académico, en beneficio de la colectividad, en apego al artículo 88 de la Ley General de Salud.”

Asimismo, que la selección de las plazas para la rotación de campo se selecciona directamente por los médicos residentes, en orden que privilegie el promedio de calificaciones obtenidos en los años anteriores por el médico.

“El periodo de rotación de campo al que se refiere el punto anterior tendrá duración de seis meses, excepto en el caso de los cursos de especialización en Epidemiología y Pediatría, el cual durará cuatro meses.” (IMSS, 2022)

Aunque la rotación de campo es una práctica ya institucionalizada para la formación de médicos y es oportuna tanto para la adquisición de experiencia y conocimiento médico.

A la fecha el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) tiene un total de 172 unidades médicas receptoras de rotación de campo en todo el país. De estas, 160 están ubicadas en zonas rurales y 45 en áreas con alta criminalidad. Además, 50 de estas unidades se encuentran en lugares remotos, donde el acceso y las condiciones de seguridad son grandes retos tanto para los médicos residentes como para el personal de salud. Estados como Sinaloa, Michoacán, Guerrero, Chihuahua y Veracruz enfrentan problemas específicos, con unidades médicas situadas en regiones alejadas, montañosas o de alta peligrosidad. Por ejemplo, en Sinaloa, el Hospital General de Subzona No. 28 en Costa Rica y el Hospital Integral El Rosario están en zonas de difícil acceso y con alta exposición a la delincuencia. En Guerrero, unidades como el Hospital General Ometepe y el Hospital General Tlapa también enfrentan condiciones similares de aislamiento y riesgos. Estas situaciones resaltan la complejidad y el peligro de las rotaciones de campo en el IMSS, donde los médicos residentes no solo deben lidiar con desafíos profesionales, sino también con condiciones adversas en términos de seguridad y accesibilidad.

TABLA 11 UNIDADES MÉDICAS DE ROTACIÓN DE CAMPO IMSS

INSTITUTO MÉXICANO DEL SEGURO SOCIAL	
• TOTAL, DE UNIDADES MÉDICO RECEPTORAS DE ROTACIÓN DE CAMPO:	172
	• UNIDADES EN ZONAS RURALES: 160
	• UNIDADES EN ZONAS DE CRIMINALIDAD ALTA: 45
	• UNIDADES EN ZONAS REMOTAS: 50

ESTADOS CON MAYORES PROBLEMATICAS		
SINALOA UNIDADES: 11 EN ZONAS RURALES: 11 CRIMINALIDAD: ALTA Unidades Más Alejadas: HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA No. 28 COSTA RICA: Situado en una comunidad pequeña con limitadas conexiones de transporte y alta exposición a la delincuencia. HOSPITAL INTEGRAL EL ROSARIO: Ubicado en una zona aislada, con acceso complicado y alto riesgo de violencia.	MICHOACAN UNIDADES: 14 EN ZONAS RURALES: 14 CRIMINALIDAD: ALTA Unidades Más Alejadas: TUXPAN: Municipio montañoso y aislado, con dificultades de acceso y presencia de grupos armados. PARACHO DE VERDUZCO: Conocido por su relativa lejanía y situación de inseguridad debido a la actividad delictiva en la región.	GUERRERO UNIDADES: 14 EN ZONAS RURALES: 14 CRIMINALIDAD: ALTA Unidades Más Alejadas: HOSPITAL GENERAL OMETEPEC: Ubicado en una región montañoso y aislada, con acceso limitado y alto riesgo de inseguridad. HOSPITAL GENERAL TLAPA: Unidad en una zona remota y montañoso, conocida por su difícil acceso y alto índice de criminalidad.
CHIHUAHUA UNIDADES: 3 EN ZONAS RURALES: 3 CRIMINALIDAD: ALTA Unidades Más Alejadas: GUACHOCHI: Localidad en la Sierra Tarahumara, una región conocida por su aislamiento y problemas de seguridad. SAN JUANITO: También en la Sierra Tarahumara, enfrenta desafíos similares en términos de acceso y seguridad.		

Tabla de Elaboración propia con información del IMSS (2024).

La rotación de campo implica el traslado de los médicos residentes a Unidades de Salud con personal y recursos limitados, asimismo, estas unidades en su gran parte son de difícil acceso, en zonas rurales o de alta criminalidad. En demasiadas ocasiones los médicos residentes al contar con recursos insuficientes y/o médicos de base se ven obligados a tomar responsabilidades fuera de su área de especialización o de su capacidad humana.

Es de importancia señalar que, aunque la rotación de campo implique un traslado a una zona diversa, las becas y salarios de los médicos residentes permanecen de la misma manera. Situación que complica el tema económico de los médicos residentes si al momento de su traslado se cuenta con gastos fijos dentro de la zona de origen, tales como el pago de una renta, manutención de dependientes económicos, hipotecas y diversos, aunando que el traslado implica el adquirir gastos temporales como la vivienda y el sustento alimenticio.

Asimismo, al ser enviados a zonas remotas la presencia de criminalidad y delincuencia organizada se vuelve un tema imprescindible, pues al ser enviados a zonas donde especialistas rechazan plazas bien pagadas, se ven alejados de sus residencias habituales manteniéndose expuestos a diversos delitos, desde el robo a mano armada hasta la extorsión y el cobro de piso.

También es de importancia el considerar que al ser enviados a comunidades rurales se enfrentan con la idiosincrasia de los sectores poblacionales. Toda vez que muchas de estas comunidades se encuentran con creencias y practicas arraigadas a su cultura, que, en gran parte de las ocasiones, entran en conflicto con la medicina moderna. La preferencia por curanderos, chamanes, hueseros o los remedios caseros sobre el tratamiento fármaco únicamente dificulta el labor del médico, e inclusive, cuando se llega a tratar de corregir o cuestionar estas prácticas, se ven enfrentados con resistencia y hostilidad por parte de los pobladores. El rechazo a los tratamientos médicos contribuye a que las responsabilidades del médico se vean extendidas, e inclusive, en cuestiones de negligencia médica.

Aunque existe un protocolo por parte del IMSS-Bienestar (2022) en el “Procedimiento para la rotación de campo de médicos residentes por Hospitales Rurales del Programa IMSS-BIENESTAR 251 0-A03-001”, las medidas de seguridad se ven de vaguedad en las directrices generales, pues dicho protocolo no cuenta con un método de emergencia, sino que solo se basa en respeto a las leyes, respeto a los usos y costumbres, el aprendizaje de los números de emergencia y consejos de seguridad personal a los médicos residentes, tales como:

“12. Practicar medidas de seguridad personal:

- a. Usar el uniforme y gafete dentro del hospital*
- b. No usar uniforme médico ni quirúrgico fuera del hospital*
- c. No ostentar lujos.*
- d. Evitar salir en las noches.*
- e. Evitar involucrarse con la comunidad fuera del ámbito profesional o en reuniones ajenas al hospital.*
- f. Procurar salir en grupo cuando sea necesario.*

g. En caso de decidir salir solo, mantener comunicación y de preferencia informar a sus compañeros a donde se dirige y hora aproximada de regreso.”

Aunando todo lo anterior, esto afecta tanto salud física y mental del médico residente, que al encontrarse aislado de su residencia habitual y de sus seres cercanos, así como, las responsabilidades asumidas y el estrés constante, ayuda en proporción desmedida a desarrollar problemas como fatiga, depresión y ansiedad.

La rotación de campo, aunque se encuentra justificada como una parte esencial de la formación médica, la falta de supervisión y apoyo, únicamente a generado que se vuelva uno de los pilares de la explotación laboral que reciben los médicos residentes.

Hasta que las Instituciones de Salud encuentren una forma de brindar sus servicios en estas zonas, es necesario que se creen medidas y regulaciones para que la rotación de campo cumpla su propósito sin afectar el bienestar ni los derechos de los profesionales de la salud.

4.3.2 PARADOJA ECONÓMICA, BIEN PAGADOS, PERO MAL REMUNERADOS.

Desde finales de 2018, el salario mínimo ha aumentado de \$88.40 pesos a 207.44 pesos diarios en cinco años, y a un aumento de 312.41 pesos por día en los municipios que conforman la zona libre de la frontera norte. De misma manera, acorde a la información brindada por la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 59.1 millones de mexicanos perciben entre uno y dos salarios mínimos, siendo dos tercios de la población ocupada a finales del 2023. (Zepeda, 2024)

A efecto de lo anterior, una de las problemáticas menos cuestionadas por los médicos residentes es el pago de sus servicios durante su etapa de especialización.

Al ser parte de un porcentaje privilegiado en comparación a los trabajadores promedio a nivel nacional, el tema de sus ingresos rara vez se ve cuestionado permitiéndole al Estado Mexicano sostener salarios y becas por debajo de lo que sus mismas instituciones entregan a sus trabajadores.

Toda vez que, aunque posean el mismo título de médico cirujano general, trabajen más horas, realicen guardias y sean enviados a zonas comunitarias alejadas, ganan significativamente menos, lo que permite al estado aprovechar una mano de obra calificada y económica.

TABLA 12 SALARIOS IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL				
MÉDICO GENERAL				
PUESTO		TOTAL BRUTO	TOTAL NETO	
MÉDICO GENERAL DE UNIDAD MÉDICA		\$32,873.91	\$30,554.12	INCLUYE DEDUCCIONES E ISR
		TOTAL BRUTO	TOTAL NETO	
MEDICO RESIDENTE 1° GRADO		\$14,698.80	\$14,537.18	INCLUYE DEDUCCIONES E ISR
MÉDICO RESIDENTE 2° GRADO		\$15,849.65	\$15,673.44	
MEDICO RESIDENTE 3° GRADO		\$16,311.33	\$16,130.26	
MEDICO RESIDENTE 4° GRADO		\$16,802.11	\$16,616.13	
MEDICO RESIDENTE 5° GRADO		\$17,349.15	\$17,157.11	

Tabla de Elaboración propia con información de IMSS (2024)

Tal como muestran las tablas, aunque los médicos residentes han completado su licenciatura en medicina, sus percepciones no corresponden a su nivel de formación. En términos de títulos académicos, no existe diferencias entre un médico general y un médico residente, pero la remuneración para los residentes es menor.

Los médicos residentes le son de alta utilidad a las Instituciones de Salud como el Instituto Mexicano del Seguro Social para poder tener médicos especialistas sin tener que pagar el salario establecido, ya que el salario de un médico especialista puede alcanzar hasta los \$ 53,282.60 pesos (IPOMEX, 2023) por un tiempo determinado de 8-9 horas al día, es decir, el doble de lo entregado a un médico residente en su quinto año de especialización.

Asimismo, al mantener el carácter de estudiante al médico residente, o en su defecto, hacer que dichos trabajadores realicen guardias, las instituciones quedan eximidas de ser acreedoras del pago de prestaciones de horas extras. Bonos dominicales o el pago de hora acorde al turno mixto o nocturno.

El Sistema de Residencias Médicas ha permitido esta explotación institucionalizada ya que los médicos residentes representan un recurso invaluable para los hospitales y las instituciones de salud, aunque su remuneración no refleja su valor real, vulnerando el principio de una remuneración proporcional al labor realizado.

4.3.3 CAPACIDAD DE ATENCIÓN A LOS DERECHOHABIENTES

El 24 de mayo de dos mil veintidós, el Secretario de Salud en turno, Jorge Alcocer Varela señaló que México se encuentra por debajo de los estándares de las recomendaciones internacionales, pues México se encontraba con 256,000

médicos generales, por lo que la proporción con la que se cuenta es de 203.2 médicos por cada 100,000 mexicanos, quedando con una falta de 33,832 médicos generales para lograr los 2.30 por cada 1,000 habitantes. (Rosa, 2022) Asimismo, México se encuentra lejos del promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) que es de 3.5 por cada 1,000 habitantes. (UNAM, 2023)

En situación similar, en la misma conferencia del 24 de mayo de dos mil veintidós, el Secretario del Salud Jorge Alcocer Varela declaró que México tiene 135,046 médicos especialistas certificados, siendo 1.07 por cada 1,000 habitantes, y aunque se encuentra cerca del 1.2 médicos especialistas por cada 1,000 habitantes, es necesario emprender medidas para poder lograr una atención médica de calidad. (Ramos, 2022)

Tomando datos correspondientes a la Secretaría de Salud (SSA, 2022), la tasa médico especialista/habitante también es afectada por la entidad federativa, siendo el Estado de México la quinta posición con una tasa de 1.12 especialistas por cada 1,000 habitantes. Siendo la primera posición la Ciudad de México con una tasa 3.85 y el último lugar Chiapas con una tasa de 0.32 médicos especialistas certificados por cada 1,000 habitantes.

Pero inclusive con la cantidad suficiente de médicos generales y especialistas, existen zonas donde se registra un déficit crítico por falta de médicos, tal como se muestra con cero pediatras en zonas de la Huasteca, Montaña y Papaloapan-Olmeca en el Estado de Veracruz, problemática que se vive de igual manera en zonas del Estado de Guerrero. Los Estados de Chiapas, Michoacán y Veracruz registran el 38% de las 9,725 plazas que no tienen postulación para realizar los cursos de especialización. También municipios como Taxco, Guerrero; Boca del Río, Veracruz; y Zacatecas, Zacatecas, han sido lugares que han corrido con la misma suerte. (Ramos, 2022)

Xavier Tello (2022), analista en Políticas de Salud advierte que la falta de médicos especialistas no se debe a la falta de interés, sino a la inexistencia de suficiencia de plazas con una estructura suficiente para el desarrollo de dichos cursos en hospitales de primer nivel o clínicas familiares. Además, afirma que la negativa de postulación por dichas plazas son el reflejo del miedo a la inseguridad que se desarrolla en dichas comunidades, así como, la falta del pago digno. Sosteniendo que ningún especialista iría a una comunidad que no se encuentre debidamente con los recursos necesarios, pues resulta imposible el tratar a un paciente sin hospitales perfectamente equipados. Atento a lo anterior, manifestó que es necesario también no dar plazas a manera de solo cumplir con las recomendaciones, sino que también

es necesario identificar por qué hay falta de especialistas, toda vez que hay áreas como cardiología y neumología que se encuentran altamente demandas por los pacientes, pero que, al existir pocos hospitales especializados, la cantidad de especialistas que podrán capacitarse se verá limitada.

El emérito profesor en Salud Pública por la Escuela de Medicina de Yale, Malaquías López (2022) asevero que *“En comunidades remotas como en la Sierra de Guerrero, ¿qué va a hacer un especialista si está diseñado para trabajar en un hospital y allí ni siquiera hay un puesto de salud...?”*

Pero la capacidad para poder atender a la población del Sistema Nacional de Salud, no solo se ve cuestionada por la cantidad de médicos especialistas o generales, sino también por la cantidad de recursos que se pueden disponer para la prestación de servicios de salud. Por lo que para realizar una medición correcta de los recursos hospitalarios se miden a través de “camas censables”.

La cama censable se puede entender como la unidad funcional para los servicios médicos. Su principal característica recae en que genera un egreso hospitalario, toda vez que se encuentra instalado en la zona de hospitalización, por lo debe de contar con los recursos indispensables de espacio, materiales y de personal. La cama no censable, a diferencia, solo se destina a la atención provisional, es decir, es una cama de tránsito, por lo cual no cuenta como referencia o indicador de disponibilidad (Sánchez Ramírez & Llata Romero, 2015). Para determinar la cantidad de camas censables por densidad poblacional, se utiliza la siguiente formula

$$\frac{\text{Número total de camas censables en instituciones del sector público en un periodo determinado}}{\text{total de población de ese periodo}} \times 1,000$$

Aunque no existe un estándar de la cantidad de camas censables por densidad poblacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS), tiene como objetivo que los Estados miembros doten de 2.5 camas por cada mil habitantes. (Guerrero, 2012) Acorde a estudios de la OCDE, México es de los países con menos camas censables, colocado en el lugar 19 en comparación con otras 29 naciones de la región de Latinoamérica y el Caribe, con un estimado de 1.4 camas censables, queda por debajo del promedio de la región de 2.1 por cada mil habitantes, y debajo por menos de la mitad del promedio de 4.1 camas de la OCDE. (Molina, 2021)

Sirve de ejemplo la muestra del Instituto Mexicano del Seguro Social para comprender la situación actual, a través de la solicitud de información pública con

folio 330018023027386, presentada ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a través de la Plataforma Nacional de Transparencia, se informó los datos siguientes:

TABLA 13 CAMAS CENSABLES

UNIDAD	CIUDAD DE UBICACIÓN	CANTIDAD DE CAMAS CENSABLES
HGR 220	TOLUCA	257
HGO 221	TOLUCA	130
UMF 220	TOLUCA	0
UMF 222	TOLUCA	0
UMF 223	LERMA DE VILLADA	0
UMF 248	SAN MATEO ATENCO	0
UMF 249	TOLUCA	0
UMF 250	TOLUCA	0
HGR 251	METEPEC	257
TOTAL		644

Tabla de Elaboración propia con información de IMSS (2024)

Con la información obtenida mediante el sistema Data México (2020), la población del Valle de Toluca en el último censo realizado es cercana a los 1,610,140 de habitantes correspondientes únicamente a los municipios de Toluca, Metepec, San Mateo Atenco, Lerma de Villada, Temoaya y Zinacantepec.

TABLA 14 POBLACIÓN

MUNICIPIO	CANTIDAD DE POBLACIÓN
TOLUCA	910,608
SAN MATEO ATENCO	97,418
LERMA DE VILLADA	170,327
METEPEC	242,307
TEMOAYA	105,766
ZINACANTEPEC	203,872
TOTAL	1,730,298

Tabla de Elaboración propia con información de Data México (2020)

Si consideramos que 41.4% de la población mexicana inscrita a su padron de derechohabencia del Instituto Mexicano del Seguro Social, se puede deducir que existe un aproximado de 716,343 derechohabientes en la zona regional de Toluca. Por lo que, el alcance regional del IMSS en la zona regional de Toluca es de un aproximado de .899 camas con la capacidad de ofrecer servicios médicos

completos por 1,000 habitantes, quedando muy por debajo de lo recomendado por la OCDE, e inclusive, por debajo del promedio a nivel nacional.

$$\frac{644 \text{ camas censables}}{716,343 \text{ habitantes}} \times 1000 = .899$$

Además, al ser varios hospitales de segundo nivel e inclusive, tercer nivel, estas Unidades Médicas se consideran de nivel estatal, atendiendo y recibiendo las derivaciones de unidades médicas de menor nivel ubicadas en otros municipios. Esto crea una distribución desigual de recursos médicos entre las zonas urbanas y rurales, agravando la situación. Sin una adecuada atención en las unidades rurales o de primero nivel, obliga a los habitantes rurales a desplazarse a las áreas urbanas, saturando de mayor manera los hospitales.

Por lo expuesto, se puede concluir que la capacidad de las Instituciones de Salud para impartir el derecho a la salud en por el Instituto Mexicano del Seguro Social es insuficiente, y la falta de recursos necesarios para una atención óptima crea una demanda insostenible de servicios médicos, lo que a su vez resulta en la saturación de hospitales y unidades médicas. Y toda vez, que existe la carencia de insumos médicos, equipos de diagnóstico y tratamiento, la atención adecuada y oportuna se ve comprometida. Asimismo, la insuficiencia de materiales se traduce en una carga complementaria para los médicos, quienes se ven obligados a hacer un esfuerzo para corregir las deficiencias del sistema.

Las políticas de salud no solo deben de ir enfocadas al aumento de los médicos especialistas, sino que debe fortalecerse el Sistema de Salud con la mejora de infraestructura hospitalaria, una mejor distribución de recursos, la inversión en tecnología médica y una continua enseñanza a los profesionales de la salud.

4.3.4 CONSECUENCIAS DE LA FALTA DE PROTECCIÓN

La etapa de especialización de los médicos ha estado lejos de estar exenta de problemas académicos y laborales. A lo largo de los años se han realizado múltiples reportes de diversas situaciones que enfrentan los profesionales de la salud, desde denuncias por malos tratos y condiciones laborales adversas hasta esfuerzos extraordinarios y casos caóticos que surgen en el desempeño de sus funciones.

A través de una recopilación exhaustiva de incidentes y reportajes de los últimos años, se pretende dar una visión de las situaciones que viven los médicos

residentes, quienes, a pesar de su deseo de superación, se ven marcados por situaciones que los ponen en estado de vulnerabilidad.

1) Muerte de Médicos:

1. En el mes de febrero del 2017, el Instituto Mexicano del Seguro Social, mediante el comunicado 053/2017, lamentó el asesinato del del médico residente Carlos Cruz Salinas, adscrito a la Unidad Médica de Alta Especialidad del Centro Médico Nacional (CMN) La Raza, quien fue arrebatado de la vida tras ser disparado con un arma de fuego, el 22 de febrero del mismo año. Toda vez que se encontraron con las pertenencias del médico, se ha descartado la hipótesis de un robo, ya que testimonios refieren a que el médico sostuvo una riña con varias personas afuera del hospital. Médicos del Hospital La Raza bloquearon la Calzada Vallejo por el asesinato de su compañero. (SinEmbargo, 2017)
2. El quince de julio de 2021, la muerte de Luis Fernando Montes de Oca, un estudiante de medicina de la Universidad Autónoma de Guadalajara (UAG), expuso los peligros que enfrentan los estudiantes al realizar su servicio social en México. Luis Fernando fue asesinado junto con el chofer de la ambulancia mientras regresaba al hospital en Zacatecas tras trasladar a una paciente. El Movimiento Estudiantil UAG y el Colectivo #JusticiaParaLuis destacaron que muchos estudiantes enfrentan violencia sin recibir protección adecuada. Denunciaron que las universidades y el Estado no han respondido de manera efectiva, y que los médicos en formación son enviados a áreas peligrosas sin apoyo logístico y financiero. La UAG lamentó el fallecimiento, pero su respuesta fue considerada insuficiente por los estudiantes, quienes buscan mejorar las condiciones y seguridad del servicio social en medicina. (Ruiz, 2021)
3. Durante de los primeros 18 meses que México ha sufrido de la pandemia de COVID-19, México ha registrado la muerte de al menos 4,057 trabajadores de la salud, incluyendo médicos, enfermeros, odontólogos y laboratoristas. Este número supera en un 140% a las muertes reportadas en Estados Unidos, a pesar de que México tiene menos casos confirmados. La proporción de trabajadores de salud fallecidos en México es de uno por cada 59 infectados, comparado con uno por cada 304 en EE. UU. Hasta mediados de 2021, aproximadamente 240,000 trabajadores de la salud en México habían contraído COVID-19. Las dificultades que fueron enfrentadas por el personal de salud incluyen falta de equipo de protección, decisiones

administrativas inadecuadas y riesgo elevado de contagio. En algunos casos, se les instruyó a no usar cubrebocas durante consultas para no asustar a los pacientes, lo cual contribuyó a la propagación del virus. Además, para evitar perder bonificaciones económicas, algunos trabajadores ocultaron sus síntomas de COVID-19, exacerbando el riesgo tanto para ellos como para los pacientes. (Martínez P. , 2021)

4. El cuatro de septiembre de 2022, un médico residente fue encontrado muerto en el baño del Hospital General de Especialidades Dr. Javier Buenfil Osorio en Campeche. El cuerpo fue descubierto por un compañero, quien alertó a las autoridades. La Fiscalía General del Estado y el Servicio Médico Forense llevaron a cabo el levantamiento del cuerpo y recogieron pruebas en la escena. Se presume que el residente se suicidó utilizando un catéter. La comunidad médica expresó su consternación y se inició una investigación para esclarecer los hechos. (Por Esto, 2022)
5. El 28 de enero de 2021 en la clínica de Nueva Palestina, Ocosingo, en la selva de Chiapas fue encontrada muerta Mariana Sánchez, médico residente de 25 años. Desafortunadamente, después de 2 meses de haber realizado una denuncia por ataque sexual que sufrió a manos de un integrante de la misma comunidad, fue encontrada sin vida dentro de la misma clínica donde laboraba. La denuncia nunca tuvo un correcto seguimiento, la misma autoridad en un principio catalogó su muerte como un probable suicidio, afortunadamente familiares, compañeros y amigos rechazaron esta hipótesis toda vez que la necropsia reveló que la causa de muerte fue por ahorcamiento. Inclusive la médico cirujano solicitó a la Universidad Nacional Autónoma de Chiapas y a la Secretaría de Salud de la entidad qué se le asignara otra unidad para realizar su servicio social. Las autoridades fueron omisas y en contra de la lógica en vez de realizar el cambio solicitado únicamente se le asignó un mes de vacaciones. La directora de la facultad se justificó diciendo que en el supuesto que la médico residente hubiese obtenido mejores calificaciones habría calificado para obtener una mejor plaza y nada de esto hubiera pasado. (INFOBAE, 2022)

2) Detenciones Arbitrarias

1. El 12 de diciembre de 2023, se reportó que Luisa Fernanda N, una médico residente del Hospital Siglo XXI en México fue detenida dentro de las instalaciones del hospital. La detención ocurrió después de que se le acusara de llevar fentanilo en su poder. Sin embargo, tras una revisión más detallada, se descubrió que no portaba fentanilo ni ninguna otra sustancia ilícita. Un

colega de la médica detenida, quien también es médico en el mismo hospital, ha defendido a su compañera, solicitando justicia y cuestionando la legalidad y la justificación de la detención. Hoy las autoridades llevaron a la joven médico a la delegación de la Fiscalía de la República, ubicada en la alcaldía de Miguel Hidalgo en la Ciudad de México donde enfrenta acusaciones de robo y tráfico de medicamentos. Los compañeros argumentaron que la joven fue arrestada mientras se encontraba en su jornada laboral dentro de las instalaciones del hospital asimismo sostienen que los medicamentos hallados estaban destinados para el uso del ejercicio de su profesión dentro de la institución de salud. (Arvizu, 2023)

2. El 24 de julio de 2024, se reportó que en la Clínica 71 del IMSS en Torreón, Coahuila, agentes federales intentaron detener a un médico residente. La detención se produjo después de que se encontrara en su poder una ampolleta con fentanilo. El médico residente fue abordado por las autoridades en el hospital, lo que generó una situación tensa. Se alegó que la ampolla con fentanilo no estaba debidamente documentada, lo cual llevó a la sospecha de que podría haber sido usada de manera indebida. Sin embargo, el residente y sus colegas sostienen que la sustancia era parte de los suministros médicos y que su manejo era legítimo dentro del contexto hospitalario. Fuentes del seguro social le informan que el centenillo se utiliza como un anestésico quirúrgico y que cada ampolleta debe de ser debidamente solicitado por el médico de base, hoy toda vez que se desconoce el tiempo o la necesidad de dicho fármaco controlado se pide un excedente para el uso cotidiano. De misma manera se aclaró que por el ritmo de trabajo que se lleva en el hospital, es de cotidianidad que los médicos con especialidad en anestesiología carguen en su bolsa, maletín o bata dichos fármacos. (El Siglo de Torreon, 2024)

3) Situaciones de Esfuerzo y Resiliencia

1. Acorde a lo reportado por Maribel Ramírez Coronel (2024), en el presente sexenio, con la creación del IMSS-Bienestar, se intentó reubicar a unos 2,000 trabajadores de 7 estados, ofreciéndoles trasladarse a otras entidades. Quienes no aceptaban, debían renunciar. Esto provocó inconformidad cuando los trabajadores se dieron cuenta de que no les renovarían el contrato, resultando en movilizaciones de médicos y otros profesionales de la salud en al menos 18 centros hospitalarios, incluidos los de la Ciudad de México. Los gobiernos estatales afectados intercedieron para que la Federación comprendiera la inconsistencia de su propuesta. Según el secretario de salud de Aguascalientes, el Doctor Rubén Galáviz, fue una

medida unilateral sin avisar a los gobiernos estatales. El IMSS Bienestar no informó a las Secretarías de Salud de las entidades implicadas sobre los cambios laborales, generando incertidumbre e inconformidad entre los trabajadores, quienes comenzaron a manifestarse pidiendo una solución. El director general del IMSS, Zoé Robledo, tuvo esta idea buscando eficiencias presupuestales, pero al final reconoció que su propuesta estaba fuera de lugar y tuvo que revertirla.

2. En el año 2021 mediante redes sociales se difundieron vídeos de médicos residentes de la especialidad de ortopedia en las cuales se aprecia como personal de mayor nivel golpea y asfixia a los médicos residentes como parte de una novatada. Al ser consultados varios médicos residentes, afirmaron que, en supuesto de no cooperar con las novatadas, la vida laboral dentro de la institución de salud se volvería increíblemente difícil, puesto que serían degradados a simples mandaderos y se les negaría la enseñanza de los procesos del hospital. Asimismo, se reportó que el personal médico amenazó con estancar la carrera de los residentes por la supuesta denuncia. (Martínez C. , 2021)
3. El lunes 11 de febrero del año 2019 la señora Dalia de Valdivia arribó a una clínica del Seguro Popular en Magdalena, Sonora, toda vez que estaba a punto de dar a luz. Según el testimonio de la misma abuela, el personal de la clínica se negó a atender a su nuera por la falta de cupo y capacidad de la Clínica. Por lo que la mujer tuvo que retirarse y dio a luz dentro de su vehículo en el estacionamiento del hospital, hoy al notar que su recién nacida contaba con problemas de respiración, regresó a los pocos minutos al interior de la clínica a solicitar auxilio. Por lo que el grupo de médicos que se encontraban en servicio tuvo que improvisar un casco cefálico adecuando un garrafón de plástico y los materiales disponibles para la atención del recién nacido. El hecho fue dado a conocer a través de redes sociales, mediante una publicación que narraba lo sucedido y denunciaba en contra de los médicos y la directora de la clínica. Aunque el personal fue puesto bajo investigación, no hubo represalias en contra de los trabajadores, aun así, la directora de la clínica fue destituida. (Rojas, 2019)
4. Después de que una mujer denunciara el 2 de mayo de 2015 mediante la página tutoblox.blogspot.mx la falta de vocación y atención de los médicos, exhibiendo una foto de una residente dormida. La noticia se replicó en redes sociales y los médicos en respuesta comenzaron a publicar sus propias fotografías dónde por su arduo labor llegaron a quedar dormidos en cualquier momento dentro del hospital. Por lo que así se creó el movimiento

#YoTambiénMeDormí, convirtiendo la publicación en una ventana para solicitar mejores tratos y dignificar su trabajo. Inclusive el Secretario de Salud en turno de Jalisco admitió que en su época de residente también se durmió, afirmando que una guardia ideal sería de 12 horas, y que una verdadera solución no puede realizarse únicamente por parte del estado, sino que es una exigencia para toda la nación, por lo que resulta necesario aumentar el presupuesto para no dejar sin cobertura a la población, ni dejar en estado de vulnerabilidad a los médicos. (Rello, 2015)

4.4 REPERCUSIONES DE LOS MÉDICOS RESIDENTES EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Tal como ha constado en la información previamente vertida, se ha mostrado como a través de los años, los médicos residentes han sufrido las consecuencias de jornadas laborales excesivas, falta de recursos adecuados, contratos inestables y, en algunos casos, violencia en el lugar de trabajo.

Con condiciones adversas que han sido sistemáticamente establecidas, al ser parte de los últimos escalones de jerarquía en la toma de decisiones para establecer los medios y recursos de trabajo, los médicos residentes son los primeros en resentir los daños por cuestiones de fatiga, cansancio y explotación.

Por lo que, a través de los datos recolectados centrados en analizar y documentar los daños que los médicos residentes adscritos al Valle de Toluca, se realizaron las evaluaciones para deducir las implicaciones, tanto a nivel individual como sistémico, que los trabajadores de la salud han sido víctimas

4.4.1 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

4.4.1.1 Diseño de la investigación

Para el presente estudio se empleó un diseño de investigación descriptivo-transversal, dirigido a recopilar datos sobre las condiciones laborales, percepciones y bienestar de los médicos residentes en Toluca. Se utilizó una encuesta estructurada como principal herramienta de recolección de datos a través de medios electrónicos, siendo la plataforma Google Forms la mayor adecuada para la presente investigación.

4.4.1.2 Participantes

Los participantes del estudio fueron médicos residentes adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social de la zona regional de Toluca. Se seleccionaron médicos residentes que se encontraban actualmente en formación en distintas especialidades. En total, se obtuvieron 65 respuestas válidas. Los criterios de inclusión fueron:

- Ser médico residente en el Instituto Mexicano del Seguro Social en Toluca.
- Aceptar participar voluntariamente en la encuesta.
- Completar al menos el 80% del cuestionario.

La edad promedio de los participantes fue de 28.4 ± 3.2 años, con un rango de edad que se mantuvo entre los 26 y los 38 años. La distribución por estado civil mostró que el 58.5% de los residentes eran solteros, mientras que el 41.5% estaba en una relación sentimental o casados.

En cuanto a la etapa formativa de los residentes, el 30.8% cursaba su primer año de residencia, el 32.3% cursaba el segundo año, mientras que el 18.5% estaba en el tercer año, y el restante de 18.5% cursaba el último año de residencia. Asimismo, el 50.8% de los residentes indicó que vivían en el mismo estado donde crecieron o estudiaron, lo que sugiere que casi la mitad de las médicos han tenido que migrar a otras regiones para continuar con su formación.

Sobre las especialidades seleccionadas, se incluyeron 10 especialidades, el 60% de los encuestados pertenecían a especialidades médicas, y el 40% a especialidades quirúrgicas. En cuanto a la carga laboral, los residentes reportaron trabajar una media de 72.5 ± 18.4 horas semanales. Aquellos en especialidades quirúrgicas presentaron un promedio de 85.3 ± 19.6 horas semanales, mientras que los de especialidades médicas laboraron en promedio 68.2 ± 16.7 horas.

El análisis también mostró que las especialidades con mayor carga horaria fueron Cirugía General, Ginecología y Medicina Interna, superando las 80 horas de trabajo semanal.

4.4.1.3 Calculo Muestra

Se realizó encuesta a 65 médicos residentes de un total de 459 médicos residentes adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social de Toluca, seleccionados de manera voluntaria, asegurando la confidencialidad y el anonimato de sus

respuestas. Esta muestra permite obtener una visión representativa de la situación laboral en esta región.

Para determinar el tamaño de muestra necesario, se utilizó la fórmula para el cálculo de muestras finitas

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

- N es el tamaño de la población (459 médicos residentes).
- Z es el valor correspondiente al nivel de confianza deseado. En este caso, seleccionamos un nivel de confianza del 90%, lo que nos da un valor Z de 1.645.
- p es la proporción esperada (asumida en 0.5 para maximizar la variabilidad)
- q es el complemento de p , que sería $1-p$, es decir, 0.5.
- e es el margen de error deseado, que se fijó en 0.1 (10%).

Al aplicar estos valores en la fórmula, obtenemos que el tamaño de muestra ideal es de aproximadamente 59 participantes. Esta muestra final refleja de manera adecuada la población de médicos residentes, permitiendo obtener una visión confiable sobre su situación laboral en esta región.

4.4.1.4 Herramientas para la recolección de datos

Para la recolección de datos, se diseñó una encuesta estructurada que constaba de 56 preguntas. Estas preguntas abarcaban diversos aspectos de la vida laboral de los médicos residentes, incluyendo:

- Información demográfica (edad, estado civil, especialidad, etc.).
- Institución donde laboran y rango actual.
- Relación sentimental y residencia en el estado donde crecieron o estudiaron.
- Intención de realizar la residencia médica en el extranjero.
- Expectativas de trabajo por parte de la institución y percepción de exigencias laborales.
- Tiempo disponible para actividades fuera del ámbito laboral.
- Etapa percibida de su vida laboral.
- Percepción sobre las expectativas y demandas de su entorno laboral.
- Satisfacción con el tiempo disponible para desarrollo personal.

La encuesta fue distribuida a través de medios electrónicos, facilitando así el acceso

a los médicos residentes en diferentes instituciones. Antes de responder la encuesta, se solicitó a los participantes que dieran su consentimiento informado, asegurando que comprendían los objetivos del estudio y que sus respuestas serían tratadas de manera confidencial.

4.4.1.5 Consideraciones Éticas

La investigación se condujo con estricto apego a las consideraciones éticas, garantizando la confidencialidad y anonimato de los participantes. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes, quienes fueron informados sobre los objetivos del estudio y el uso que se daría a la información recolectada.

4.4.1.6 Limitaciones

Es importante reconocer algunas limitaciones de este estudio.

- Primero, es importante destacar que la muestra se limitó a médicos residentes que laboren en límite regional de Toluca, lo que podría no reflejar la situación en otras regiones del país como distintas Instituciones de Salud e Instituciones Educativas, otras normativas locales y/o infraestructura hospitalaria.
- Segundo, la investigación se enfrentó a una limitación significativa en el tamaño de muestra llegando hasta una tasa de 10% de margen de error. Dicha limitación se debe al temor de los médicos residentes a las posibles repercusiones por su participación. Tal como ha quedado evidenciado, la falta de protección legal y sistemática ha dejado sensación de inseguridad a los médicos residentes, por lo que gran parte del sector al que se le solicitó información, prefirió mantenerse en silencio en pos de evitar problemas en su entorno laboral. Esta situación limita la representatividad de la muestra y debe ser considerada al interpretar los resultados. Las futuras investigaciones podrían explorar métodos adicionales para abordar estos temores y fomentar una mayor participación, como crear un entorno más seguro para los participantes o utilizar técnicas de recolección de datos menos invasivas.
- Tercero, la investigación se vio limitada en cuanto a las 10 especialidades que se encontraban cursando los médicos encuestados. Esta limitación se debe a que dichas especialidades son las más comunes dentro del área de la zona regional de Toluca, dejando a las especialidades de mayor rango o

de especialidades más específicas fuera del rango competente para la presente investigación.

A pesar de estas limitaciones, el estudio proporciona una visión de importancia sobre las condiciones laborales de los médicos residentes en Toluca.

4.4.2 REPERCUSIONES FÍSICAS

Al evaluar las condiciones sobre la cantidad de sueño, las horas de trabajo y el tiempo dedicado al estudio en las que se encontraban los médicos residentes se encontró que la presión constante ha afectado a su salud y calidad de vida, tal como se muestra:

a. Duración de las Guardias.

Las largas duraciones de las guardias han permitido el desbalance del tiempo de sueño y descanso que tienen los médicos residentes, tanto dentro de la institución como por fuera. Entre mayor duración de tiempo sea una guardia, mayor es el perjuicio para los trabajadores de la salud, por lo que se muestra como crítico que el 76.9% de los residentes manifiesten que sus guardias son de 36 horas, el 18.5% tiene guardias de 30 horas, y solo el 1.5% trabaja en guardias de 24 horas. Un 3.1% enfrenta guardias de 42 horas, mientras que el 0% reporta guardias menores a las 24 horas.

b. Problemas de Insomnio, del Ciclo del Sueño y de la Salud.

El 78.5% de los residentes han reportado alteraciones en su ciclo de sueño e insomnio, lo que denota una falta de correcto descanso, por lo que es consecuente, que el 66.2% de los encuestados afirmen experimentar de manera constante y de forma repentina fatiga, dolores de cabeza y resfriados. Gran parte de esta problemática se basa en las pocas horas de sueño durante las guardias y la imposibilidad de conciliar el sueño fuera de estas.

c. Cantidad de Sueño Durante las Guardias:

El aspecto más crítico es el descanso que puede obtener en las noches de guardias, ya que los datos revelan que el 47.7% de los encuestados no tienen

la posibilidad de dormir durante las guardias, mientras que solo el 3.1% reporta el poder dormir más de 4 horas. El 6.2% de los encuestados logran dormir una hora, el 21.5% puede descansar dos horas, y otro 21.5% duerme tres horas.

d. Cantidad de Sueño fuera de las Guardias:

Inclusive fuera de labor, el patrón de descanso está lejos del ideal. El 7.7% de los residentes duerme cuatro horas o menos, mientras que el 23.1% duerme cinco horas. Un 36.9% de los encuestados reporta seis horas de sueño, un 15.4% duerme siete horas, y el 13.8% logra ocho horas de descanso. Solo el 3.1% tiene la oportunidad de dormir nueve horas o más.

e. Horas Complementarias

Aunando a lo anterior, es de importancia señalar que en base a la alta exigencia de la obtención de un grado de especialización, es común el recibir horas complementarias como método de castigo. Este tiempo no es parte de las actividades programadas del médico residente, sino que se imponen por errores o fallas percibidas en el desempeño laboral.

De acuerdo con los datos obtenidos, el 60% de los médicos residentes afirma haber tenido que realizar horas complementarias, de las cuales el 63% de los encuestados afirma que el trabajo complementario no tiene un tiempo determinable. Entre los residentes que pudieron definir una duración específica de las horas complementarias, un 13.8% reporta que estas pueden prolongarse por cuatro horas o más, el 7.7% de los encuestados afirma que estas horas complementarias duran tres horas, otro 7.7% reporta una duración de dos horas, y un último 7.7% señala que el castigo se limita a una hora.

4.4.3 REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS

Las repercusiones no solo se limitan a cuestiones fisiológicas, sino que también recae en cuestiones mentales y emocionales, en un entorno de alta exigencia, con violencia en el entorno laboral, como la falta de ocio y el aislamiento social, han contribuido al deterioro psicológico, cuestiones que se ven reflejadas de la siguiente manera:

a. Falta de Tiempo Recreativo

La carencia de tiempo para actividades recreativas es de los datos más alarmantes, ya que el 12.3% de los médicos participantes indicó que no tiene ningún tiempo disponible para recreación, el 35.4% de los encuestados afirma disponer de solo una hora diaria para dedicarse a actividades personales, mientras que el 40% reporta tener dos horas disponibles. Apenas el 12.3% cuenta con tres horas de tiempo libre, y ninguno de los participantes señaló tener más cuatro horas para actividades recreativas.

En misma situación, el 70.8% de los médicos residentes participantes sienten que no tiene el tiempo suficiente para desarrollarse fuera de su vida laboral, afectando negativamente sus relaciones personales y su bienestar emocional.

b. Violencia y Abuso en el Ambiente Laboral

Aunque la práctica de “novatadas” o rituales de ingreso han estado mermándose de manera gradual, el 20% de los médicos participantes manifestó haber sido víctima de una de estas prácticas.

Asimismo, 76.9% de los encuestados afirmaron haber sido receptor de violencia dentro del ámbito laboral, ya sea física, moral o psicológica. Aun así, existe una cultura de silencio y aceptación de estas prácticas, el 90.2% de las víctimas no reportaron dichos abusos, ya que, de ese porcentaje, el 75.86% manifiesta temor a represalias y el 24.14% afirman que esas prácticas son normales dentro de su trabajo. Empeorando el panorama, el 96.9% de los encuestados niega conocer algún tipo de defensa legal a la que puedan tener derecho, cuestión que únicamente ha permitido que exista un estado de vulnerabilidad.

c. Estrés, Desinterés y Agotamiento

El impacto de las dinámicas laborales a los médicos generales se ve demostrado, ya que los datos obtenidos muestran que el 84.6% de los residentes experimenta estrés constante en su vida laboral. Aunando la falta de apoyo ha permitido que el 43.1% de los residentes encuestados ha llegado a sentir desinterés por su labor por cuestiones de agotamiento emocional. Además de que el 76.9% de los encuestados ha experimentado

en algún momento de su residencia médica la sensación de no poder más dentro de su labor.

d. Aislamiento Social

La falta de tiempo recreativo emparejado con el estrés laboral ha ayudado a que el 38% de los participantes hayan buscado el alejarse de sus entornos sociales. Cuestión que no es de sorprender, pues acorde a los datos, el 43.1% de los participantes han manifestado haber actuado con cinismo hacia pacientes, compañeros de trabajo, amigos y/o familiares.

4.4.4 PROBLEMATICAS LEGALES, EDUCATIVOS Y OTROS

Las repercusiones físicas y psicológicas que han tenido los médicos residentes también han sido complementarias a los múltiples obstáculos legales, educativos e institucionales a los que se han enfrentado a lo largo de su formación, generando vicios que permiten la normalización de las problemáticas y del estrés constante como parte de su trabajo diario.

a. Obstáculos Legales

En el ámbito legal todo empieza desde que el 80% de los residentes afirman el no contar con contrato laboral, sino únicamente con la carta de aceptación emitido por la Institución de Salud. A esto se suma que el 20% de los participantes desconoce si son trabajadores o becarios, mientras que el 55.4% de los médicos residentes creen ser únicamente becarios, con 21.5% de encuestados con creencia de tener ambas personalidades y solo el 3.1% cree ser trabajador.

Asimismo, la inexistencia de medios de protección se ve aun más desprotegida con la inexistencia de sindicatos u organizaciones de protección a los trabajadores de la salud, puesto que el 98.5% de los participantes desconocen sindicatos que acepten a los médicos residentes.

b. Obstáculos Educativos

En el ámbito legal las cuestiones se agravan desde que el sistema es cerrado y único, la dificultad para acceder a los programas de especialización médica se ve acreditada ya que únicamente el 47.7% de los participantes ingreso en su primera aplicación del ENARM, pero 27.7% tuvo que presentar el examen

dos veces, el 21.5% tres veces, y el 3.1% más de cuatro veces. Además, el 49.2% de los participantes se vieron obligados a migrar a otros estados para continuar su formación.

c. Obstáculos Institucionales

Las cuestiones institucionales no se ven exentas, ya que el 84.6% de los encuestados considera que su unidad médica receptora no cuenta con los insumos suficientes para un correcto abastecimiento de la Unidad Médico Receptora, afectando su labor. Cuestiones que cooperan con que el 84.6% de los participantes afirmen que existe un ambiente de constante irritabilidad o molestia en su lugar de trabajo. Empeorando la situación el 49.2% de los encuestados tiene sentimientos de disgusto o molestia a su centro de trabajo.

4.5 SINDROME DE BURN OUT Y/O SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL

El síndrome de Burn Out es la respuesta al estrés crónico en el trabajo, teniendo sus consecuencias en lo individual y lo organizacional, y que es derivado de determinados trabajos, ya sea profesional, voluntario o doméstico, siempre que se encuentre relacionado con el cuidado de enfermos de gran dependencia, o en su defecto, alumnos conflictivos. Asimismo, se puede tomar al síndrome de Burn Out como una manifestación comportamental del estrés laboral, y se expresa de manera tridimensional caracterizado por el cansancio emocional, la despersonalización con el trato con los usuarios y la dificultad para la realización personal. (Martínez A. , 2010)

“Así, por ejemplo, Freudemberger, empleó el concepto de Burn Out para referirse al estado físico y mental de los jóvenes voluntarios que trabajaban en su "Free Clinic" de Nueva York. Estos se esforzaban en sus funciones, sacrificando su propia salud con el fin de alcanzar ideales superiores y recibiendo poco o nada de reforzamiento por su esfuerzo. Por lo tanto, después de uno a tres años de labor, presentaron conductas cargadas de irritación, agotamiento, actitudes de cinismo con los clientes y una tendencia a evitarlos”. (Martínez A. , 2010)

Además, las profesiones u oficios cuya acción constante sea la interacción humana de trabajador-cliente de carácter duradero o sin fin, son los más vulnerables a padecer dicho síndrome, siendo el personal Sanitario (médicos, enfermeras, terapeutas y trabajadores sociales), los centros de llamadas, y las fuerzas armadas las trabajos con mayor afectación (Schaufeli, 2001)

El síndrome tiene diferentes causas, siendo la implicación en situaciones que son emocionalmente demandantes la mayor de estas. Los riesgos con mayor posibilidad son:

- Poco o nada de control sobre la cantidad de trabajo que se realiza.
- Poco o nada de reconocimiento.
- Expectativas laborales poco claras.
- Expectativas laborales desproporcionadas o demasiado exigentes.
- Un ambiente laboral con muchas presiones.
- Demasiado trabajo, en particular cuando deja poco tiempo para la recreación y descanso. (Martins, 2024)

El multirreferido síndrome no aparece de manera repentina, sino que tienen múltiples fases por la que el trabajador va pasando hasta encontrarse en una situación donde se le pueda declarar como con desgaste laboral crónico (Martins, 2024).

1. **FASE INICIAL O DE ENTUSIASMO.** En la etapa inicial, en un nuevo empleo, el trabajador se sentirá entusiasmado.
2. **FASE DE ESTANCAMIENTO.** El integrante del equipo duda de su capacidad de responder de forma eficaz a las demandas y comienza a sentir estrés.
3. **FASE DE FRUSTRACIÓN.** El inicio del síndrome de burnout. Se siente frustración y no está motivado.
4. **FASE DE APATÍA.** En esta fase, el trabajo parece no tener sentido y experimentará una falta de realización profesional. El integrante del equipo empieza a ralentizar el ritmo de su trabajo y disminuye también el interés por el mismo.
5. **FASE DE QUEMADO.** Generalmente, las consecuencias de este estado, colapso mental y emocional, son tales que la persona dejará de ir al trabajo o pedirá un cambio de proyecto.

Las consecuencias del Síndrome de Burn Out se dividen en 4, siendo factores emocionales, cognitivos, conductuales y sociales donde se repercute directamente la sobrecarga laboral.

TABLA 15 SINTOMAS DEL BURN OUT

EMOCIONAL	COGNITIVO	CONDUCTUAL	SOCIAL
• Depresión • Indefensión • Desesperanza • Irritación • Apatía • Desilusión • Pesimismo • Hostilidad • Intolerancia • Supresión emocional • Evasión de responsabilidad	• Pérdida de significado • Pérdida de valores • Desaparición de expectativas • Desorientación • Cognitiva • Pérdida de creatividad • Distracción • Cinismo • Criticismo Generalizado	• Absentismo • Evitar trabajo o responsabilidad • Conductas inadaptativas • Desorganización • Sobre implicación • Evitación de decisiones • Aumento de uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas	• Aislamiento social • Conflictos interpersonales • Malhumor familiar • Formación de grupos críticos • Evitación profesional

Tabla de Elaboración propia con Información de Buendía & Ramos (2001)

La importancia del reconocimientos de los signos de dicho síndrome, son de importancia mayor, pues solo así, se puede aplicar las medidas necesarias para reducir el estrés laboral, establecer los límites saludables entre el trabajo y la vida personal, y en caso grave o mayor, buscar ayuda profesional con terapia o asesoramiento.

La empresa de seguros de vida y salud “CHUBB” (2021), sostiene que para prevenir o evitar el síndrome de burn out, no basta con tomar vacaciones, sino que es necesario tomar cambios significativos en el estilo de vida, por ejemplo:

- I) Establecimiento de límites.
- II) Avisar a la empresa o patrón sobre posibles síntomas de agotamiento.
- III) Desconectarse del trabajo una vez terminada la jornada laboral.
- IV) Alimentarse en horarios adecuados y descanso reparador.
- V) Cuidado del dinero.
- VI) Hacer pausas activas.
- VII) Utilizar de manera no restringida el tiempo libre que aporte el establecimiento de trabajo.

En resumen, el síndrome de Burn Out representa un desafío significativo en entornos laborales caracterizados por altos niveles de estrés crónico. Este estado

se manifiesta mediante una fatiga profunda, tanto física como emocional, acompañada de una disminución en el sentido de logro personal en el trabajo. La prevención del Burn Out implica establecer límites claros, cultivar el autocuidado, buscar apoyo adecuado y encontrar un equilibrio saludable entre las demandas laborales y las actividades fuera del ámbito profesional. Además, las instituciones deben fomentar una cultura que priorice el bienestar de sus empleados y aborde proactivamente los factores estresantes en el entorno laboral.

4.5.1 SINDROME DE BURN OUT EN LOS MÉDICOS RESIDENTES EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

En primer lugar, la existencia de la fase de frustración por Burn Out y la prevalencia del agotamiento emocional se ve acreditado con el 76.9% de los encuestados, quienes reportan haber experimentado la sensación de no poder continuar en el ámbito laboral, con fatiga persistente y sensación de imposibilidad de cumplir con su trabajo. Pero este agotamiento emocional proviene de diversas fuentes, como el ambiente laboral, del cual 84.6% de los residentes manifiesta que existe un ambiente de irritabilidad y estrés constante, lo que propicia un entorno de alta tensión.

El estrés prolongado en entornos laborales con estas características contribuye al desarrollo de la despersonalización, manifestada en el 43.1% de los encuestados, quienes afirman haber actuado con cinismo hacia sus pacientes, compañeros de trabajo o incluso familiares.

Además, los datos arrojados son coherentes con los estudios que afirman que el estrés laboral crónico afecta al sistema inmunológico, ya que 66.2% que reporta haber experimentado problemas de salud, como resfriados, dolores de cabeza y fatiga. Cuestión que no se ve beneficiada con un correcto descanso, considerando que la alteración del sueño es un síntoma recurrente en el Burn Out, afirmando que el 78.5% de los encuestados sufre alteraciones del ciclo del sueño e insomnio, lo cual agrava aún más el estado de agotamiento y dificulta de manera constante la recuperación emocional y física.

De las cuestiones más alarmantes es que el 56.9% de los participantes ha manifestado experimentar sentimientos de falta de motivación y el desinterés hacia el trabajo, en consideración que dicho síntoma es parte de una fase avanzada del síndrome de Burn Out consecuente de una pérdida del sentido por logro personal. Este estado se ve agravado por la ausencia de reconocimiento en el entorno laboral, con el 81.5% de los encuestados declarando que no se les reconoce el buen trabajo

que realizan, incrementando la frustración a nivel personal, generando una desconexión emocional con el trabajo, misma que refuerza la percepción de que los esfuerzos realizados son en vano.

Las cuestiones de en perspectiva organizacional no mejoran, con condiciones altamente exigentes el 80% de los participantes considera que su entorno laboral les exige demasiado, mientras que el 66.2% cree que las expectativas de trabajo por parte de las instituciones son desproporcionadas. Con un desbalance entre las demandas de las instituciones y los altos niveles de exigencia, ha aumentado el nivel de Burn Out entre los médicos residentes, especialmente cuando el 70.8% de los residentes manifiestan no contar con tiempo suficiente para desarrollarse fuera de su vida laboral, manteniendo su situación social y familiar alejadas de un equilibrio saludable.

Para finalizar, al momento de ser cuestionados sobre en qué fase se encuentran en su vida laboral, un 36.9% de los médicos residentes afirma que están en una etapa de frustración y cansancio físico, mientras que un 13.8% reporta sentir una falta de realización profesional, un 10.8% manifiesta el empezar a sentirse incapaz de responder a las exigencias de su entorno laboral y un 9.2% ha experimentado colapsos emocionales y mentales, indicando estar en la fase más agravada del síndrome de Burn Out.

Con el criterio general de requerir la presencia de síntomas graves en al menos dos de las tres dimensiones, siendo agotamiento emocional, despersonalización y disminución del sentido de logro, se puede deducir la existencia de una fase avanzada del síndrome de Burn Out entre el 73%-80% de los médicos residentes adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social.

4.6 CONCLUSIONES

La problemática radica de manera directa sobre la figura legal del médico residente en etapa de adiestramiento, toda vez que juega un doble rol sobre los marcos laboral y educativo. El médico residente, al tener calidad de trabajador-estudiante, se ve sometido a las condiciones únicas del Sistema de Residencias Médicas, que vulneran su derecho humano al trabajo digno y a condiciones laborales justas. Estas vulneraciones son derivaciones de la figura “becario”, utilizada por el Instituto Mexicano del Seguro Social, para justificar actividades laborales sin un reconocimiento formal de estas. Exime de manera tacita al IMSS de cumplir con obligaciones laborales y de generar una protección jurídica de los médicos residentes.

Este vacío legal se ha generado al cumplimiento no literal en la Contradicción de Tesis 308/2016 resuelto por la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), pues en la jurisprudencia emitida, se resaltó el doble rol “trabajador-alumno”, mas, el IMSS, al establecer el rol “trabajador-becario” atribuye roles de trabajo a la figura de “estudiante”. En este sentido, un “becario”, no puede estar obligado a realizar tareas laborales con las particularidades de un trabajo formal, ya que la finalidad de esta figura es la contribución académica, pero no una prestación de servicio de trabajo. Por lo que resulta evidente que en la situación de los médicos residentes en el IMSS, ha desvirtuado la figura de una beca para la imposición de cargas laborales significativas, justificando este actuar con la “formación académica” para encubrir cargas laborales extenuantes y responsabilidades a los médicos residentes. Esto permite que al no reconocer se pueda eludir responsabilidades de brindar condiciones de trabajo dignas, pues estos derechos, se subordinan a la figura no laboral de becario.

Esta tergiversación de la figura de becario constituye la razón principal de la violación al derecho humano al trabajo de los médicos residentes, ya que limita el acceso a condiciones laborales justas. La obtención de una “beca”, suple de cierta manera la cuestión del salario, y en vez de recibir una compensación acorde con las responsabilidades que asumen, obtienen prestaciones de menor medida, limitando cuestiones como aportaciones al fondo de retiro, aguinaldo, y hasta en cierta medida, la evasión fiscal.

El estatus híbrido “trabajador-becario” mantiene a los médicos residentes en un vacío legal que dificulta la intervención de la legislación laboral, ya que gran parte del trabajo realizado se considera como formación académica, y no como un trabajo y/o servicio profesional. La contradicción es clara, se le exige al medico residente el cumplimiento total de las actividades de un trabajador, pero sin los derechos y garantías que a estos les correspondería.

Este vacío ha sido aprovechado tanto por el IMSS, como por el Sistema de Residencias Médicas, que han construido una estructura a nivel nacional que utiliza la formación académica como argumento y/o pretexto para imponer funciones laborales, el cual vulnera de manera directa el derecho humano al trabajo. Figuras como las guardias y la rotación de campo son ejemplos claros de este vacío legal. El imponer lapsos de labor de hasta 36 horas, o el traslado a comunidades marginadas y en situación de riesgo bajo el pretexto de ser elementos esenciales para la formación del residente, vulnera en mayor medida el derecho humano al trabajo bajo los términos de dignidad, igualdad, y protección. La rotación de campo, en particular, representa una carga adicional para el residente, en muchos casos retrata traslados y cambios sin garantía de seguridad y sin las condiciones necesarias de habitabilidad; siendo una actividad impuesta dentro del marco de la

formación educativa, se mantiene fuera de los límites de la acción de la legislación laboral, lo que significa que no puede requerir que los residentes reciban compensación o prestaciones como lo haría el contrato como en otras actividades. Por otro lado, los turnos de guardia son otra forma subsiguiente de trabajo excesivo para el médico residente; pueden requerir que estén presentes continuamente durante horas que a menudo superan las 24 horas. Y aunque pueden justificarse como mero esfuerzo de aprendizaje, estas guardias también mantienen a los hospitales en funcionamiento, de hecho, una actividad laboral oculta, se requiere que los residentes realicen completamente trabajos en los que no están contratados.

Y aunque la Suprema Corte de Justicia de la Nación (2017) a través de la Tesis 2a./J. 2/2017 (10a.), reconoce que, aunque se tenga el carácter de alumno no puede disolver el vínculo que tiene como trabajador, pues la residencia es consecuencia de una contratación de un trabajo especial. Esto implica que los derechos laborales deben de serles garantizados en virtud de su actividad como trabajadores dentro de un contexto académico. Pero el mencionado criterio no ha podido establecerse para la transformación de las condiciones laborales de los médicos residentes, vulnerando de manera directa su derecho humano al trabajo.

La situación de los médicos residentes en México refleja una grave vulneración de sus derechos laborales y humanos. Al encasillarlos en la figura de “becarios”, se ha permitido que asuman cargas laborales y responsabilidades esenciales para el sistema de salud sin recibir el reconocimiento y las protecciones que merecen como trabajadores. A pesar de que la Suprema Corte de Justicia de la Nación ya ha reconocido su condición como “trabajadores-alumnos,” esta definición aún no se ha materializado en su vida diaria, donde siguen enfrentando condiciones que afectan su bienestar físico, emocional y profesional. La naturaleza de su labor, marcada por guardias extenuantes, rotaciones constantes y una creciente carga operativa, exige que se le otorguen derechos y protecciones a la altura de su contribución.

4.7 POSIBLES SOLUCIONES

La principal solución radica en reconocer formalmente a los médicos residentes en etapa de adiestramiento como trabajadores en un ámbito practico-académico, pero no como “becarios” o “practicantes” o “pasantes”, ya que este carácter formativo no puede ser obligado a realizar labores que fácilmente se pueden considerar actos de trabajo. Es de importancia establecer esta distinción ya que, permitiría que las actividades que realizan durante su formación se establezcan bajo derechos laborales, y que en todo momento se conserven sus actividades académicas puramente como parte de su formación profesional.

Para alcanzar esta distinción, sería necesario que en la Ley Federal del Trabajo en el Capítulo XVI del Título VI “Trabajos de Médicos Residentes en Período de Adiestramiento en una Especialidad”, se defina y delimite, de manera clara, las actividades que deban considerarse actos de trabajo y cuáles son actos de formación académica.

Asimismo, actividades como las guardias y la rotación de campo de las actividades más demandantes de la residencia, deberían considerarse “actos de trabajo” y no meras prácticas educativas. Por lo cual, deben de ser tratadas como actos de trabajo, sujetando dichas figuras a un marco legal que otorgue derechos laborales, permitiendo la limitación de la duración de las guardias, y garantizar las condiciones dignas de la rotación de campo.

Esta simple distinción, también lograría el definir los actos que son parte de la formación académica, tales como clases, seminarios, evaluaciones, cursos y toda actividad análoga, únicamente como acciones de aprendizaje, eliminando la posibilidad que el Instituto Mexicano del Seguro Social opte por establecer obligaciones laborales como obligaciones educativas.

Se propone adherir al Capítulo XVI del Título VI “Trabajos de Médicos Residentes en Período de Adiestramiento en una Especialidad” de la Ley Federal del Trabajo las siguientes disposiciones:

“Art. 353 B-bis. - Para efectos de este Capítulo, se establece la distinción entre actividades laborales y actividades educativas del médico residente en etapa de adiestramiento:

- I. Las actividades laborales son aquellas que se realicen de manera directa con la atención y tratamiento de pacientes, y estarán sujetas a todas las disposiciones laborales establecidas en esta Ley;
- II. Las actividades académicas incluirán conferencias, seminarios, y cualquier otro programa de instrucción teórica o análoga que no implique directamente la prestación de un servicio por parte del médico residente;
- III. El tiempo dedicado a actividades académicas no será considerado para efectos del cumplimiento de la jornada laboral.”

“Art. 353 F-bis. - Las guardias serán consideradas actos de trabajo y, estarán sujetas a las disposiciones de esta Ley, incluyendo la duración máxima de jornada, el derecho a periodos de descanso, y la remuneración correspondiente.

- I. Las guardias no podrán exceder las 24 horas continuas y deberán ir seguidas de un periodo de descanso mínimo de 24 horas antes de retomar cualquier actividad laboral y/o estudiantil;
- II. El tiempo dedicado a las guardias será registrado de forma oficial y evaluado periódicamente.”

“Art. 353 F-ter. - La rotación de campo será considerada una actividad laboral sujeta a las disposiciones de esta Ley, y estará limitada a situaciones en las que sea estrictamente necesaria para el cumplimiento del programa académico de especialización.

- I. La duración y frecuencia de las rotaciones de campo deberán estar claramente establecidas en el contrato laboral, y sus objetivos deberán alinearse con el desarrollo profesional y académico del Médico Residente.
- II. Las rotaciones de campo deberán estar programadas de manera que no interfieran con el derecho al descanso y al desarrollo de otras actividades académicas.”

“Art. 353 G-bis. - Las instituciones de salud, en su carácter de patrones, tendrán las siguientes obligaciones especiales durante el período de rotación de campo en beneficio de los Médicos Residentes:

- I. Proporcionar instalaciones adecuadas, higiénicas, y confortables dentro de la Unidad Médica Receptora de Residentes, asegurando condiciones dignas para el descanso y el cumplimiento de sus actividades;
- II. Proporcionar acceso a alimentos balanceados, suficientes y nutritivos para los Médicos Residentes, especialmente durante sus jornadas de guardia o cuando la duración de su labor exceda las ocho horas continuas. Los alimentos deberán estar disponibles sin costo para los residentes y ser de calidad adecuada para mantener su bienestar físico y mental;
- III. Proporcionar alojamiento y alimentación de calidad para el Médico Residente cuando, por circunstancias académicas o laborales, deba realizar su servicio en una unidad de salud ubicada fuera de su lugar de residencia habitual. Esta obligación será aplicable tanto en casos de rotación de campo como en cualquier otra actividad de formación que exija su desplazamiento;
- IV. Cubrir los costos de transporte y de manutención cuando el médico residente sea asignado a unidades de salud de rotación de campo fuera

de su zona residencial mayor a 30 kilómetros. Asimismo, deberá garantizarse la comunicación con sus familiares en estas circunstancias, permitiendo que la distancia no afecte la relación con sus seres queridos.;

- V. Conceder el tiempo necesario para que los Médicos Residentes ejerzan su derecho al voto en elecciones populares, siempre y cuando no se afecten las labores urgentes de la institución ni se comprometa la seguridad de los pacientes;
- VI. Permitir que los Médicos Residentes se ausenten de sus labores cuando deban cumplir comisiones oficiales del Estado o de su institución académica, sin perjuicio de su formación o del cumplimiento de sus obligaciones laborales.”

A pesar de ser un avance relativamente pequeño para la protección de los derechos laborales, y en general derechos humanos de los médicos residentes en etapa de adiestramiento, un cambio de este alcance designa un marco más claro y específico en el cual se regulan sus condiciones de trabajo y educativos. El propósito que persiguen estas medidas es buscar que el Instituto Mexicano del Seguro Social garantice el cumplimiento de las obligaciones que la Ley Federal del Trabajo impone, así como, establecer condiciones de descanso, alimentación y seguridad apropiadas para los trabajadores. Asimismo, la valoración del trabajo médico como un acto profesional y no solamente de formación educativa es necesaria para poder establecer estas condiciones. Por lo que resulta indispensable el promover la creación de espacios laborales adecuados, donde los médicos puedan adquirir y desarrollar sus competencias sin dañar su integridad física y emocional.

ANEXOS

ANEXO 1. MODELO DE ENCUESTA. FIGURA LEGAL Y REPERCUSIONES.

Médicos Residentes, Figura Legal y Repercusiones

El presente formulario tiene el objetivo de recabar datos para conocer la situación legal y laboral en la que se encuentran los médicos residentes en etapa de adiestramiento y las repercusiones emitidas por la carga laboral.

Consentimiento Informado

Por medio de la presente se hace una atenta invitación para que participe en el proyecto de investigación que se desarrolla en la Facultad de Derecho, de la Universidad Autónoma del Estado de México, cuyo responsable es el tesista Serguei Velázquez Rivera.

El objetivo del proyecto es conocer la situación con la que se conducen las Instituciones de Salud en relación laboral con los médicos residentes, pues existen indicios de explotación laboral y repercusiones a nivel salud por la carga del nivel de trabajo. Por lo tanto, es necesario conocer dicha situación para la búsqueda de medidas precautorias adecuadas al contexto laboral del médico.

La investigación se realizará en médicos residentes cuya adscripción a la Unidad Médico Receptora se ubique dentro de la zona metropolitana de Toluca y alrededores. La participación consiste en la contestación de un cuestionario de dos segmentos (situación legal y repercusiones). Su participación es voluntaria, confidencial y sin costo, y usted podrá retirarse del estudio en el momento que así lo desee. Cabe señalar que no se consideran riesgos ni represalias por conducirse con la verdad en el presente cuestionario.

Los investigadores serán los únicos con acceso a los datos, para ser tratados de forma estadística y analizados cuantitativa y cualitativamente. La información recabada será empleada con fines de generación de conocimiento, por lo que podrá ser usada, difundida y publicada en medios impresos y electrónicos, así como en eventos de índole académica

Preguntas

1. ¿Aceptas dar tu consentimiento?

- ☐ Sí
- ☐ No

2. Cédula Profesional (opcional)

3. Institución dónde labora

- ☐ IMSS
- ☐ ISSSTE
- ☐ ISSEMYM
- ☐ ISEM
- ☐ IMIEM

- ☐ Otro:

4. Rango Actual

- ☐ R1
- ☐ R2
- ☐ R3
- ☐ R4
- ☐ R5
- ☐ R6

5. Relación sentimental

- ☐ Soltero
- ☐ Casado

- ☐ Unión Libre y/o Comprometido
- ☐ En relación

6. Edad

7. Especialidad Seleccionada

8. ¿Reside en el Estado donde creció o estudió?

- ☐ Sí
- ☐ No

9. ¿Tuvo en algún momento intención de realizar su residencia médica en plaza extranjera?

- ☐ Sí
- ☐ No

10. Al momento de ingresar, ¿se le hizo entrega del reglamento interno de la Unidad Médico Receptora donde reside?

- ☐ Sí
- ☐ No

11. Al momento de ingresar, ¿firmó contrato laboral? (Aparte de la carta de aceptación de plaza)

- ☐ Sí
- ☐ No

12. (En caso de que sí) ¿Se le hizo entrega de este?

- ☐ Sí
- ☐ No

13. La Unidad Médico Receptora en la que reside, ¿le reconoce como trabajador o como becario?

- ☐ Trabajador
- ☐ Becario
- ☐ Ambas
- ☐ Desconozco

14. Cantidad económica total remunerada de manera quincenal

- ☐ \$4,000 - \$5,000 M.N.
- ☐ \$5,001 - \$6,000 M.N.
- ☐ \$6,001 - \$7,000 M.N.
- ☐ \$7,001 - \$8,000 M.N.

- ☐ \$8,001 - \$9,000 M.N.
- ☐ \$9,001 - \$10,000 M.N.
- ☐ \$10,001 - \$11,000 M.N.

15. ¿Se le hace entrega de recibo de pago de nómina?

- ☐ Sí
- ☐ No

16. ¿Se le pagan horas extras laboradas?

- ☐ Sí
- ☐ No

17. ¿Le pagan bono dominical?

- ☐ Sí
- ☐ No

18. ¿Cuántas horas le permiten dormir en servicio de guardia?

- ☐ No se le permite
- ☐ 1 hora
- ☐ 2 horas
- ☐ 3 horas
- ☐ 4 horas o más

19. Horas por día que duerme cuando no se encuentra en servicio de guardia

- ☐ 4 horas o menos
- ☐ 5 horas
- ☐ 6 horas
- ☐ 7 horas
- ☐ 8 horas
- ☐ 9 horas o más

20. Cantidad promedio de horas que trabaja a la semana

- ☐ Menor a 50
- ☐ 50-60
- ☐ 61-70
- ☐ 71-80
- ☐ 81-90
- ☐ 90-99
- ☐ 100 o más

21. Cantidad promedio de horas recreativas al día (diversión y/o entretenimiento)

- ☐ 1 hora
- ☐ 2 horas
- ☐ 3 horas

- ☐ 4 horas o más
 - ☐ Sin posibilidad de tiempo
22. Cantidad promedio por día de horas de estudio o trabajo académico
- ☐ 1 hora
 - ☐ 2 horas
 - ☐ 3 horas
 - ☐ 4 horas o más
 - ☐ Sin posibilidad de tiempo
23. ¿Lo han obligado a realizar horas complementarias? (castigos)
- ☐ Sí
 - ☐ No
24. Horas promedio que dura el trabajo complementario
- ☐ 1 hora
 - ☐ 2 horas
 - ☐ 3 horas
 - ☐ 4 horas o más
 - ☐ Indeterminable
25. Duración del tiempo desde que ingresa a sus Guardias hasta salir del hospital
- ☐ 18 horas
 - ☐ 24 horas
 - ☐ 30 horas
 - ☐ 36 horas
 - ☐ 42 horas
26. ¿Tiene pertenencia o conocimiento sobre sindicatos médicos de médicos residentes?
- ☐ Sí
 - ☐ No
27. (En caso de que sí), señale cuales
28. Tipo de Guardias que realiza
- ☐ AB
 - ☐ ABC
 - ☐ ABCD
 - ☐ ABCDE
29. ¿Conoce si puede ejercer la medicina general fuera de la Unidad Médico Receptora de dónde reside?
- ☐ Sí
 - ☐ No
 - ☐ Desconozco
30. Cantidad de veces que realizó el Examen Médico Nacional para Residencias Médicas
31. Durante su estancia dentro de la residencia, ¿ha sufrido algún tipo de violencia, sea física, moral o psicológica?
- ☐ Sí
 - ☐ No
32. Al momento de ingresar, ¿sufrió algún tipo de novatada o ritual de ingreso?
- ☐ Sí
 - ☐ No
33. En caso afirmativo, ¿ha reportado o denunciado el abuso cometido?
- ☐ Sí
 - ☐ No
34. En caso de negativa, ¿Por qué?
35. ¿Tiene conocimiento de algún tipo de defensa legal a los que tenga derecho?
- ☐ Sí
 - ☐ No
36. En caso de que sí, ¿puede mencionarlo?
37. ¿Su Unidad Médico Receptora cuenta con los insumos suficientes para el abasto correcto del hospital?
- ☐ Sí
 - ☐ No
38. ¿Ha sentido la sensación de no poder más dentro de su ámbito laboral?
- ☐ Sí
 - ☐ No
39. ¿Siente desmotivación o desinterés hacia su trabajo?
- ☐ Sí
 - ☐ No

40. ¿Procrastina de manera continua?

- ☐ Sí
- ☐ No

41. ¿Siente motivación en afrontar nuevos retos y/o experiencias?

- ☐ Sí
- ☐ No

42. ¿Existe ambiente de irritabilidad o molestia en su residencia?

- ☐ Sí
- ☐ No

43. ¿Ha sentido que actúa con cinismo hacia sus pacientes, compañeros de trabajo, amigos y/o familiares?

- ☐ Sí
- ☐ No

44. ¿Existe constante estrés en su vida?

- ☐ Sí
- ☐ No

45. ¿Ha sufrido problemas de salud repentinos y/o constantes (resfriados, dolores de cabeza, fatiga, etc.)?

- ☐ Sí
- ☐ No

46. ¿Sufre de insomnio o ciclo del sueño alterado?

- ☐ Sí
- ☐ No

47. ¿Siente disgusto o molestia hacia su centro de trabajo/estudio?

- ☐ Sí
- ☐ No

48. ¿Se ha sentido incapaz para los labores que le son requeridos?

- ☐ Sí
- ☐ No

49. ¿Ha buscado aislamiento de sus entornos sociales?

- ☐ Sí
- ☐ No

50. ¿Tiene algún control sobre el trabajo que realiza?

- ☐ Sí
- ☐ No

51. ¿Se le reconoce el buen trabajo que llega a desempeñar?

- ☐ Sí
- ☐ No

52. ¿Siente que las expectativas de trabajo por parte de la institución son desproporcionadas o demasiado exigentes?

- ☐ Sí
- ☐ No

53. ¿Su entorno laboral le exige demasiado?

- ☐ Sí
- ☐ No

54. ¿Siente que tiene el tiempo suficiente para desarrollarse fuera de la vida laboral?

- ☐ Sí
- ☐ No

55. En este momento, ¿en qué etapa cree que se encuentra de su vida laboral?

- ☐ Le entusiasma ir a su empleo y afrontar nuevos retos, como obtener nuevos conocimientos.

- ☐ Empieza a sentirse incapaz de responder a las exigencias de su entorno laboral, y tiene momentos de estrés.

- ☐ Se encuentra en constante frustración y cansancio físico.

- ☐ Empieza a sentir falta de realización profesional y no le encuentra sentido a las actividades que desarrolla.

- ☐ Tiene momentos de colapsos emocionales y mentales, suele pensar constantemente en abandonar la residencia.

- ☐ Ninguna de las anteriores.

Referencias

- Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. (1994). *Diccionario Jurídico sobre Seguridad Social*. Ciudad de México.
- ACFP. (junio de 2023). *OBSERVATORIO DE TRABAJO DIGNO*. Obtenido de Frente a la Pobreza: <https://frentealapobreza.mx/observatorio-de-trabajo-digno/>
- AEPSAL. (26 de marzo de 2018). *Las 8 consecuencias del exceso de trabajo: problemas de salud física y mental*. Obtenido de Asociación de Especialistas en Prevención y Salud Laboral: <https://www.aepsal.com/consecuencias-exceso-de-trabajo/>
- Aguilar, D. (19 de octubre de 2022). *ONGs exigen liberación de médico interno detenido por autoridades*. Obtenido de El Economista: <https://www.eleconomista.com.mx/politica/ONGs-exigen-liberacion-de-medico-interno-detenido-por-autoridades-20221019-0055.html>
- Akaki Blancas, J. L., & López Barcena, J. (2018). Formación de médicos especialistas en México. *ELSEVIER*. doi: 10.1016/j.edumed.2018.03.007
- Arvizu, M. (13 de diciembre de 2023). *Doctora residente del IMSS es detenida por presunto robo de medicamentos*. Obtenido de Debate: <https://www.debate.com.mx/policiacas/Doctora-residente-del-IMSS-es-DETENIDA-por-presunto-ROBO-de-medicamentos-20231213-0058.html>
- Baptist Health South Florida. (27 de agosto de 2020). *Datos acerca del cortisol: La hormona que combate el estrés ayuda a mantener saludable el metabolismo y el sistema inmunológico*. Obtenido de Baptist Health South Florida.: <https://baptisthealth.net/es/baptist-health-news/facts-on-cortisol-anti-stress-hormone-helps-keep-your-metabolism-immune-system-healthy>
- Barragán, S. (09 de marzo de 2017). *Protestan médicos por muerte de residente en el Hospital 20 de Noviembre*. Obtenido de Aristegui Noticias: <https://aristeguinoticias.com/0903/mexico/protestan-medicos-por-muerte-de-residente-en-el-hospital-20-de-noviembre/>
- Boffi, S. (2015). Precariedad laboral en las regiones argentinas: Una cuestión Pendiente. *Estudios deps. Desarrollo económico y Política Social*. Obtenido de <http://estudiosdeps.org/precariedad-laboral-en-las-regiones-argentinas-una-cuestion-pendiente/>
- Buendía, J., & Ramos, F. (2001). Empleo, Estrés y Salud. *Pirámide*, 60.
- Cabello López, A., Gopar Nieto, R., Guadalupe, A., Juárez Perez, A., & Haro García, L. (2015). Perspectiva histórica y social del Movimiento Médico de 1964-1965 en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 466-471.

- Chavero, M. S. (08 de Mayo de 2020). *El Médico Residente es un trabajador*. Obtenido de saludiario.com: <https://www.saludiario.com/el-medico-residente-es-un-trabajador-por-que-persiste-la-duda/>
- CHUBB. (2021). *¿Sabes cómo identificar si estás padeciendo el Síndrome de Burnout?* Obtenido de CHUBB: <https://www.chubb.com/co-es/pymes/articulos/sindrome-burnout.html>
- CIFRHS. (2012). *EXAMEN NACIONAL PARA ASPIRANTES A RESIDENCIAS MÉDICAS*. Obtenido de http://www.cifrhs.salud.gob.mx/descargas/pdf/2012_convocatoria.pdf
- CIFRHS. (23 de marzo de 2017). *Acerca de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud*. Obtenido de http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/cifrhs/acerca_dela_cifrhs.html
- CIFRHS. (2023). *Plazas para Médicos Seleccionados - Categoría Mexicana (R1), para Cursos de Especialización de Entrada Directa*. Recuperado el 05 de agosto de 2023, de http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/enarm/2022/docs/E46_plazas_ins_mex_2022.pdf
- CNDH. (noviembre de 2016). *Derecho humano al trabajo y derechos humanos en el trabajo*. Ciudad de México, México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- CNDH. (2023). *¿Cuáles son los Derechos Humanos?* Recuperado el 2022 de Junio de 27, de cndh.org.mx/derechos-humanos/cuales-son-los-derechos-humanos#:~:text=Así%20entonces%20en%20la%20primera,colectividades%20que%20comparten%20intereses%20comunes.
- CODHEM. (junio de 2022). *codhem.org.mx*. Obtenido de <http://anterior.codhem.org.mx/LocalUser/codhem.org/htm/definicion.html>
- COMITÉ DE DERECHOS, ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. (2005). *Observación General No 18 el derechos al trabajo aprobada el 24 de noviembre*. (N. Unidas, Ed.) Recuperado el noviembre de 2023, de http://tbinternet.Ohchr.org/_layouts/
- Congreso de la Unión. (1945). *Ley Reglamentaria del Artículo 5o. Constitucional*. Distrito Federal: Diario Oficial de la Federación.
- Congreso de la Unión. (29 de diciembre de 1976). *Ley Orgánica de la Administración Pública Federal*. Distrito Federal: Diario Oficial de la Federación.
- Congreso de la Unión. (7 de febrero de 1984). *Ley General de Salud (LGS)*. Obtenido de <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

- Congreso de la Unión. (2015). *Ley Federal del Trabajo*. Ciudad de México: Gaceta Oficial de la Federación.
- Congreso de la Unión. (29 de Junio de 2022). *Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos*. Obtenido de https://www.senado.gob.mx/comisiones/trata_personas/docs/LGPSEDMTP.pdf
- Congreso de la Unión. (2023). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Diario Oficial de la Federación.
- Cuevas, A., & Gerson, P. (1997). *Pension Regimes and Saving*. International Monetary Fund.
- De La Rosa, Y. (24 de mayo de 2022). México tiene déficit de médicos especialistas: SSA. *Forbes*.
- Descatha, A. S. (2020). The effect of exposure to long working hours on stroke: A systematic review and meta-analysis from the WHO/ILO Joint Estimates of the Work-related Burden of Disease and Injury. *Environment international*, 142.
- Díaz Ordaz, G. (1965). (A. d. Internos, Entrevistador)
- Díaz Ordaz, G. (1965). *Informe Presidencial*. Distrito Federal: Cámara de Diputados. LX Legislatura.
- E-Cultura Group. (2023). *Definiciona*. Recuperado el 07 de Junio de 2022, de definiciona.com: <https://definiciona.com/medico/>
- EGADE. (22 de febrero de 2022). *EGADE Insights*. Obtenido de La diferencia entre una especialidad y una maestría: Tu guía definitiva: <https://blog.egade.tec.mx/diferencia-especialidad-maestria>
- Eibenschutz, C. (2007). Atención médica, neoliberalismo y reforma sanitaria. *La seguridad social: Retos de hoy*, 23-49.
- El Confidencial. (25 de octubre de 2018). *El estrés puede provocar la pérdida de memoria y la disminución del cerebro*. Obtenido de El Cofidencial: https://www.elconfidencial.com/tecnologia/ciencia/2018-10-25/estres-perdida-memoria-disminucion-cerebro_1635763/#:~:text=Cuando%20superamos%20una%20crisis%2C%20los,%2C%20adem%C3%A1s%2C%20p%C3%A9rdida%20de%20memoria.
- El Siglo de Torreon. (12 de enero de 2024). *Federales pretendían detener a médico residente en la clínica 71 del IMSS; le encontraron una ampolla con fentanilo*. Obtenido de El Siglo de Torreon:

<https://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/2024/federales-pretendian-detener-a-medico-residente-en-la-clinica-71-del-imss-le-encontraron-una-ampula-con-fenta.html>

ENARM. (2021). *Información por Año*. Ciudad de México. Obtenido de http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/enarm/enarm_ia.html

Enciclopedia Academica. (2024). *Enciclopedia Academica*. Recuperado el 03 de Agosto de 2022, de Pasantía: <https://enciclopediaeconomica.com/pasantia/>

Enomia.org. (2014). *ECONOMIA.ORG*. Obtenido de <https://economia.org/salario.php>

ENSANUT. (2022). *“Utilización de servicios de salud en México”*. Ciudad de México.

ESOPE. (2005). *Precarious Employment in Europe. A Comparative Study of Labor Market Related Risks in Flexible Economies*. Bruselas.

Española, R. A. (1972). *Diccionario Ilustrado de la Lengua Española*. Barcelona: Ramon Sopena .

Etimologías de Chile. (05 de Agosto de 2022). *Etimología de BECA*. Recuperado el 03 de Agosto de 2022, de <http://etimologias.dechile.net/?beca#:~:text=Antes%20de%20significar%20a yuda%20econ%C3%B3mica,prenda%20se%20cubr%C3%ADan%20el%20rosto.>

EXANE. (2023). *¿Qué es el ENARM?* Obtenido de EXANE Tecnología en Salud y Educación: <https://cursoenarm.com.mx/que-es-el-enarm/>

García, B. (2022). *Saludíario*. Recuperado el 2022 de Junio de 05, de [saludiarior.com: https://www.saludiarior.com/que-es-un-medico-residente-en-mexico/](https://www.saludiarior.com/que-es-un-medico-residente-en-mexico/)

Gobierno del Estado de México. (2024). *Enseñanza*. Obtenido de Instituto de Salud del Estado de México: <https://salud.edomex.gob.mx/isem/ensenanza>

Gómez, E. (13 de 01 de 2023). *Jorge Alcocer: México tiene déficit de más de 188 mil médicos y especialistas*. Obtenido de El Universal: <https://eluniversal.com.mx/nacion/jorge-alcocer-mexico-tiene-deficit-de-mas-de-188-mil-medicos-y-especialistas/>

González Block, M. Á. (2023). *El sistema de salud mexicano*. Recuperado el 18 de octubre de 2023, de Anáhuac México: <https://www.anahuac.mx/mexico/noticias/El-sistema-de-salud-mexicano>

Guerra, P. (2011). Sociología del Trabajo. *KOPLING Uruguay*, 432.

Guerrero, J. C. (22 de octubre de 2012). *Cobertura Universal de la Salud en México: Requerimientos de infraestructura y equipamiento*. Obtenido de Centro de

- Investigación Económica y Presupuestaria: <https://ciep.mx/cobertura-universal-de-la-salud-en-mexico-requerimientos-de-infraestructura-y-equipamiento/#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20a,censables%20por%20cada%20mil%20habitantes>.
- IDC Online. (12 de Septiembre de 2012). *idconline.mx*. Obtenido de <https://idconline.mx/laboral/2012/09/19/cuando-una-relacion-es-de-caracter-laboral>
- IMSS. (26 de diciembre de 2022). *Manual de Organización del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Obtenido de http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/manualesynormas/0500-002-001_3.pdf
- IMSS. (2022). Manual de Procedimientos para la rotación de Campo de Médicos Residentes por Hospitales Rurales del Programa IMSS-BIENESTAR 2510-A03-001. Obtenido de http://educacionensalud.imss.gob.mx/ces_wp/wp-content/uploads/2023/03/2510-A03-001-2023.pdf
- IMSS. (23 de junio de 2022). *Procedimiento para la rotación de campo de médicos residentes por Hospitales Rurales del Programa IMSS-BIENESTAR*.
- IMSS. (2023). *Solicitud de Información Pública 330018023006486*. Respuesta, Ciudad de México. Recuperado el 23 de marzo de 2023
- IMSS. (01 de agosto de 2024). Respuesta de la solicitud de información pública 0018024026117. Ciudad de México, México.
- IMSS. (30 de junio de 2024). *Sueldos*. Obtenido de Plataforma Nacional de Transparencia: https://tematicos.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/informacionrelevante?p_p_id=informacionrelevante_WAR_Informacionrelevante&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&_informacionrelevante_WAR_Informacionrelevante_controller=SueldosControll
- IMSS. (12 de marzo de 2024). *Tercer periodo de selección y asignación a sede*. Obtenido de Convocatoria para los cursos de adiestramiento en una especialidad médica de entrada indirecta o rama para médicos nacionales externos al IMSS: <https://edumed.imss.gob.mx/2024/convocatorias/Rama/3/index.html>
- Indeed. (2024). *Qué es un becario y sus características*. Obtenido de Indeed Orientación Profesional: <https://www.indeed.com/orientacion-profesional/como-encontrar-empleo/que-es-becario>
- INFOBAE. (26 de noviembre de 2022). *Dictaron 3 años de prisión al presunto feminicida de la doctora Mariana Sánchez en Chiapas*. Obtenido de INFOBAE: <https://www.infobae.com/america/mexico/2022/11/26/dictaron-3->

anos-de-prision-al-presunto-feminicida-de-la-doctora-mariana-sanchez-en-chiapas/

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (20 de enero de 2020). *Cumple IMSS 77 años de ser baluarte del bienestar social en México*. Obtenido de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202001/034>

IPOMEX. (13 de octubre de 2023). *Tabulador de sueldos y salarios*. Obtenido de Información Pública de Oficio Mexiquense: https://www.ipomex.org.mx/ipo3/lgt/indice/ISSEMYM/art_92_viii_b.web?token=03AFcWeA6YKgGtiOG5hT3MuvHt-gzIbAjIDkUIDZVCkChli6tTogVxY6NuuBmCI9avbbga1HVxqqxsD_QeJqK-zP7fTskUv9Vp2z-XyMkFz0fDYEvmQ6gfdwGuhrN9kut48eCLpNFFT6fpOcCITMG3ggQvyW46YDkC1TYnCSxpFqrNS9a_II

IPOMEX. (08 de enero de 2024). *Tabulador de sueldos y salarios*. Obtenido de Información Pública de Oficio Mexiquense: https://www.ipomex.org.mx/ipo3/lgt/indice/ISEM/art_92_viii_b.web?token=03AFcWeA5k6VEQHgemNBcNUeJM6fOpT9-9FRUct8WtaTUMhOP4zq0PXVdv1uQZvbnCQzD--d67sK2Eoy7jMXrqxlT53FGZV8c2grNsirkgKOI6x58JNjKJm1UqHK75p3atHFVnqhbephw0MTMKUhKmdv3rlKX9YBR-1dQyC7zD4MK4IBYAzNT0H7

IPOMEX. (08 de enero de 2024). *Tabulador de sueldos y salarios*. Obtenido de Información Pública de Oficio Mexiquense: https://www.ipomex.org.mx/ipo3/lgt/indice/IMIEM/art_92_viii_b.web?token=03AFcWeA5Tc0pb52RimcxEuxJimz4xc5ywWyciBNgCSKbNg-hBSbkfpvpBmGFATQI4R320DeKtnZ9N_FXA_4osEouCZtuHJHbxNjnhFn7tEyi3As9S0n3LfdHLE56z429w77AEuMVBGRGJBOjzAWrUFgKU2Ce6gtZyCbBsXSEKsMv44Chz-bxgOj

Ladrillero, Centro de Derechos Humanos Zeferino. (2023). *Informe Anual 2023*. Obtenido de Informes Anuales Zeferino Ladrillero: <https://www.zeferinoladrillero.org/informes>

Larousse, P. (1920). *Pequeño Larousse Ilustrado, Nuevo diccionario enciclopédico*. Paris: Librería Larousse.

Ledesma Nuñez, E. (2004). Comisión Interinstitucional para la. *Anales de Radiología México*, 219-221.

León, R. B. (1996). Medicina teórica. Definición de la medicina y su relación. *Rev Med Hered*, 1-3.

Lexico. (26 de Junio de 2022). *Lexico*. Obtenido de <https://www.lexico.com/es/definicion/labor>

- López, M. (19 de mayo de 2022). Obtenido de etcetera: <https://etcetera.com.mx/nacional/inegi-desmiente-amlo-si-hay-suficientes-medicos-mexicanos/>
- Marqués, F. L. (2021). *El origen de la medicina y sus principales avances*. Recuperado el 30 de septiembre de 2023, de Clinic Cloud by Doctoralia: <https://clinic-cloud.com/blog/origen-de-la-medicina-principales-avances-medicos/>
- Martínez, A. (septiembre de 2010). EL SÍNDROME DE BURNOUT. EVOLUCIÓN CONCEPTUAL Y ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN. *Comunicación Vivat Academia*, 42-80. doi: <http://dx.doi.org/10.15178/va.2010.112.42-80>
- Martínez, C. (28 de octubre de 2021). *Médicos residentes de Edomex son golpeados y asfixiados en novatadas*. Obtenido de Vanguardia MX: <https://vanguardia.com.mx/noticias/medicos-residentes-de-edomex-son-golpeados-y-asfixiados-en-novatadas-YD1041032>
- Martínez, P. (21 de julio de 2021). *México acumula 4 mil trabajadores de la salud fallecidos por Covid-19*. Obtenido de Corriente alterna: <https://corrientealterna.unam.mx/nota/mexico-acumula-4-mil-trabajadores-de-la-salud-fallecidos-por-covid-19/>
- Martins, J. (2024). *Qué es el burnout: cómo identificarlo y prevenir el desgaste profesional*. Obtenido de Asana: <https://asana.com/es/resources/what-is-burnout>
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. (2011). *Las tres generaciones de derechos*. Recuperado el diciembre de 2023, de Recursos TIC: <http://recursostic.educacion.es/secundaria/edad/>
- Miranda, P. (27 de junio de 2022). *Abusos a los médicos residentes: ¿cómo pueden defender sus derechos?* Obtenido de Medscape: <https://espanol.medscape.com/verarticulo/5909272?form=fpf>
- Miranda, R. (1 de abril de 2024). *Médicos residentes del ISSSTE Metepec protestan por falta de pago de beca quincenal*. Obtenido de El Sol de Toluca: <https://www.elsoldetoluca.com.mx/local/medicos-residentes-del-issste-metepec-protestan-por-falta-de-pago-de-beca-quincenal-11689168.html>
- Molina, H. (19 de febrero de 2021). En doctores, México se encuentra por debajo del promedio de la OCDE. *El Economista*. Obtenido de <https://www.eleconomista.com.mx/politica/En-doctores-por-abajo-del-promedio-de-OCDE-20210218-0154.html>
- Montiel, L. (2005). Derecho a la salud en México. *Revista IIDH*, 296-298.

- Morales Fredes, F. (05 de junio de 2023). *Precariedad laboral obstaculiza el balance vida-trabajo en México*. Obtenido de El Economista: <https://www.eleconomista.com.mx/capitalhumano/Precariedad-laboral-obstaculiza-el-balance-vida-trabajo-en-Mexico-20230604-0075.html>
- Morales, J. D. (2019). Médicos Residentes. *La Prensa*.
- Morales, J. D. (24 de mayo de 2022). *Trabajos Especiales*. Obtenido de Revista Jurídica UNAM: <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/hechos-y-derechos/article/view/16925/17449#:~:text=Se%20consideran%20trabajos%20especiales%2C%20aquellos,la%20Ley%20Federal%20del%20Trabajo>.
- OIT. (2023). *Qué es el trabajo forzoso, las formas modernas de esclavitud y la trata de seres humanos*. Recuperado el 2022 de Junio de 2022, de ilo.org: <https://www.ilo.org/global/topics/forced-labour/definition/lang--es/index.htm>
- OIT. (20 de 03 de 2024). *¿Qué son el trabajo forzoso, las formas modernas de esclavitud y la trata de seres humanos?* Obtenido de <https://www.ilo.org/es/temas/trabajo-forzoso-formas-modernas-de-esclavitud-y-trata-de-seres-humanos/que-son-el-trabajo-forzoso-las-formas-modernas-de-esclavitud-y-la-trata-de>
- Olmedo, V., & Bazán Miranda, G. (2018). La importancia de la UNAM en el aval de la especialidad de Alergia e Inmunología Clínica. *Revista alergia México*. doi:10.29262/ram.v65i3.535
- OMS, O. (18 de octubre de 2023). *Sistemas de salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/topics/health_systems/es/.
- ONU. (10 de diciembre de 1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*,. Obtenido de <https://www.refworld.org/es/docid/47a080e32.html>
- Ortuño, F. (2023). *Ansiedad*. Obtenido de Clínica Universidad Navarra: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/ansiedad>
- Parra, M. (22 de Mayo de 1965). La deshumanización de la medicina autopsia del paro médico. *Excélsior y Novedades*.
- Patlán, J. (2016). Derechos laborales: una mirada al derecho a la calidad de vida en el trabaj. *Ciencia Ergo Sum*, 121-133.
- Paucar, M. (2010). LAS FUNCIONES DE LOS PRINCIPIOS CONSTITUCIONALES EN EL ACTUAL CONSTITUCIONALISMO. *Docentia et Investigatio*, 61-64.
- PIDESC. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Naciones Unidas , Nueva York.

- Podetti, H. (1997). Los principios del derecho del trabajo . En N. d. Lozano, *Instituciones de derecho del trabajo y de la seguridad social* (pág. 875). Ciudad de México: INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS.
- Por Esto. (septiembre de 2022). *Hallan muero a un médico residente en el baño de un hospital en Campeche*. Obtenido de Por Esto: <https://www.poresto.net/campeche/2022/9/4/hallan-muerto-un-medico-residente-en-el-bano-de-un-hospital-en-campeche.html>
- Pozas-Horcasitas, R. (1993). *La Democracia en Blanco: El Movimiento Médico en México 1964-1965*. Distrito Federal: Siglo XXI Editores. Recuperado el 23 de Enero de 2023, de https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=Ft9euQWjV_MC&oi=fnd&pg=PA196&ots=rACWW59is9&sig=sOaK2seYD9ilsqMETSJKOi8HBLE&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Quijano-Pitman, F. (1999). Origen y desarrollo de las residencias hospitalarias. *Gaceta Médica de México*, 135, 73-76. Obtenido de https://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/1999-135-1-73-76.pdf
- RAE. (2023). *Diccionario Panhispánico*. Recuperado el 26 de Junio de 2022, de <https://dpej.rae.es/lema/explotaci%C3%B3n>
- Ramírez, M. (07 de abril de 2024). *Injusticias del sexenio contra los médicos*. Obtenido de El Economista: <https://www.eleconomista.com.mx/opinion/Injusticias-del-sexenio-contra-los-medicos-20240407-0095.html>
- Ramirez, R. (18 de julio de 2022). *Pese a asesinato de Erik Andrade, SSa seguirá enviando médicos residentes a zonas inseguras*. Obtenido de El Sol de México: <https://www.elsoldemexico.com.mx/mexico/sociedad/pese-a-asesinato-de-erik-andrade-ssa-seguira-enviando-medicos-residentes-a-zonas-inseguras-8610089.html>
- Ramos, R. (31 de mayo de 2022). *México tiene un déficit de 154,786 médicos especialistas: Jorge Alcocer*. Obtenido de El Economista: <https://www.eleconomista.com.mx/politica/Mexico-tiene-un-deficit-de-154786-medicos-especialistas-Jorge-Alcocer-20220531-0049.html>
- Real Academia Española. (2024). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 26 de Junio de 2022, de <https://dle.rae.es>
- Rello, M. (07 de mayo de 2015). *#YoTambiénMeDormí... grito de defensa es Trending Topic*. Obtenido de Milenio: <https://www.milenio.com/estados/yotambienmedormi-grito-de-defensa-es-trending-topic>

- Reveles, C. (29 de marzo de 2019). *Residentes de 10 hospitales paran labores por falta de pago; Secretaría de Salud promete pagar adeudos*. Obtenido de Animal Politico: <https://animalpolitico.com/sociedad/residentes-hospitales-falta-de-pago-secretaria-salud>
- Reynoso, C. (2006). *Derecho del trabajo, panorama y tendencias*. Ciudad de México: UAM.
- Rojas, R. (2019 de febrero de 2019). *Médicos de Sonora convierten un garrafón en un “casco cefálico”*. Obtenido de Saludario : <https://beta.saludario.com/medicos-de-sonora-convierten-un-garrafon-en-incubadora/>
- Rosa, Y. D. (24 de mayo de 2022). *México tiene déficit de médicos especialistas: Ssa*. Obtenido de Forbes México: <https://www.forbes.com.mx/mexico-tiene-deficit-de-medicos-especialistas-ssa/>
- Rubio, J. (2010). PRECARIEDAD LABORAL EN MÉXICO Una propuesta de medición integral. *Revista Enfoques: Ciencia Política y Administración Pública*, VIII(13), 77-87.
- Ruiz, M. V. (2021 de julio de 2021). *México: “Por soñar con ser médicos nos terminan asesinando”*. Obtenido de DW: <https://www.dw.com/es/m%C3%A9xico-por-so%C3%B1ar-con-ser-m%C3%A9dicos-nos-terminan-asesinando/a-58279722>
- Sabino, C. (2005). *Diccionario de Economía y Finanzas*. España, España: Universidad de Malaga. Obtenido de <http://www.eumed.net/cursecon/dic/index.htm>
- Sánchez Ramírez, R., & Llata Romero, M. (2015). Disponibilidad de camas censables en los Hospitales Regionales de Alta Especialidad. *Evidencia Médica e Investigación de Salud*, 8(3), 143-146.
- Schaufeli, W. (2001). On the clinical validity of the maslach burnout inventory and the burnout measure. *Psychology & Health*, 565-582.
- SCJN. (05 de Junio de 2015). *1a. CXCIII/2015 (10a.) Explotación del hombre por el Hombre. Concepto*.
- SCJN. (Enero de 2017). *308/2016 Contradicción de Tesis*. Obtenido de <https://sjf.scjn.gob.mx/sjfsem/Paginas/DetalleGeneralScroll.aspx?id=26903&Clase=DetalleTesisEjecutorias>
- Secretaría de Salud. (21 de Septiembre de 2012). *NOM-001-SSA3-2012*. Obtenido de Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.:

https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284147&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0

- SEGOB. (1983). *Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud*. Distrito Federal: Diario Oficial de la Federación (DOF). Obtenido de http://diariooficial.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4831143&fecha=19/10/1983#gsc.tab=0
- SEGOB. (19 de octubre de 1983). *Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud*.
- SEGOB. (19 de enero de 2004). Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. *Diario Oficial de la Federación (DOF)*.
- SEGOB. (2004). *REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARÍA DE SALUD*. Distrito Federal: Diario Oficial de la Federación (DOF).
- SEGOB. (2022). Data México. Ciudad de México, México. Obtenido de <https://www.economia.gob.mx/datamexico/es>
- SEGOB. (17 de junio de 2022). *NORMA Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-001-SSA3-2022, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica*. Obtenido de Diario Oficial de la Federación (DOF).
- SEGOB. (2023). *Estado de México*. Obtenido de Data México: <https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/mexico-em>
- SEP. (2024). *Expedición de cédula profesional electrónica*. Obtenido de Trámites: <https://www.gob.mx/tramites/ficha/expedicion-de-cedula-profesional-electronica/SEP6534/>
- SHCP. (2018). *Cuenta Pública*. Ciudad de México.
- SHCP. (1 de mayo de 2023). *Catálogo de Categorías y Tabulador de Sueldos y Salarios Rama Médica*. Ciudad de México.
- Significados. (s.f.). *Significado de Explotación laboral*. Recuperado el 29 de Junio de 2022, de <https://www.significados.com/explotacion-laboral/>
- SinEmbargo. (24 de 02 de 2017). *Médicos de La Raza exigen justicia para su compañero asesinado; IMSS y SSP acuerdan reforzar seguridad*. Obtenido de SinEmbargo: <https://www.sinembargo.mx/24-02-2017/3160045>
- SITEAL. (2023). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Recuperado el 27 de noviembre de 2023, de UNESCO SITEAL: <https://siteal.iiep.unesco.org/bdnp/3482/constitucion-politica-estados-unidos-mexicanos>

- SNTSS. (20 de octubre de 2024). *EL MEJOR CONTRATO COLECTIVO DE TRABAJO*. Obtenido de Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social 2024-2030: <https://sntss.org.mx/noticias/el-mejor-contrato-colectivo-de-trabajo>
- Soto, D. (06 de marzo de 2023). *Médicos residentes demandan legalmente a Pemex por falta de pago de aguinaldo*. Obtenido de Expansión: <https://politica.expansion.mx/mexico/2023/03/06/medicos-residentes-demandan-legalmente-a-pemex-por-falta-de-pago-de-aguinaldo>
- Soto, G. (2011). Médicos, hospitales y servicios de inteligencia: el movimiento médico mexicano de 1964-1965 a través de reportes de inteligencia. *Salud Colectiva*, 87-97. Obtenido de <https://www.scielo.org/pdf/scol/2011.v7n1/87-97/es>
- SSA. (21 de Septiembre de 2012). *NOM-001-SSA3-2012*. Obtenido de Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284147&fecha=04/01/2013#sc.tab=0
- SSA. (21 de mayo de 2022). *Médicos especialistas en México*. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/data/file/729437/CPM_Salud_Medicos_especialistas__31may22.pdf
- SSA. (2023). *¿Qué hacemos?* Obtenido de <https://www.gob.mx/salud/que-hacemos>
- SSA. (marzo de 2023). *Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA-2023*. Obtenido de Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5720561&fecha=19/03/2024#sc.tab=0
- SSA. (2023). *Oficio CCINSHAE-DGCHFR-DPDA-973-2023*. Respuesta, Ciudad de México.
- SSA. (2024). *Nota Informativa en relación a la solicitud 330026924000205*. Ciudad de México.
- SSA, S. d. (2022). *NORMA Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-001-SSA3-2022, Educación en salud*. Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación (DOF).
- STPS. (6 de octubre de 2019). *Justicia laboral será más rápida con nuevo sistema en manos del poder judicial*. Obtenido de Secretaría del Trabajo y Previsión Social-Prensa: <https://www.gob.mx/stps/prensa/justicia-laboral-sera-mas-rapida-con-nuevo-sistema-en-manos-del-poder-judicial?idiom=es>

- Symbiosis (Dirección). (2021). *Resiste Residente* [Película].
- Tello, X. (19 de mayo de 2022). *INEGI desmiente a AMLO: sí hay suficientes médicos mexicanos, pero ganan el 10% del salario de un médico alemán*. Obtenido de etcetera: <https://etcetera.com.mx/nacional/inegi-desmiente-amlo-si-hay-suficientes-medicos-mexicanos/>
- Time Coast. (2012). *Advances in Medical technology*. Obtenido de <http://timecoast.com>.
- UAE Mex. (2023). *Oficio 068/2023 Respuesta a Solicitud de Transparencia*. Toluca, Estado de México.
- UAE Mex. (2024). *Oficio CE/55/2024*. Toluca.
- UNAM. (23 de octubre de 2023). *La distribución del personal de salud, un desafío en México*. Obtenido de Gaceta UNAM: <https://www.gaceta.unam.mx/la-distribucion-del-personal-de-salud-un-desafio-en-mexico/>
- UNAM. (29 de mayo de 2024). *Instructivo para Graduación Oportuna*. Obtenido de Servicios Escolares FACMED: https://escolares.facmed.unam.mx/doc/ofertaAcademica/posgrado/especializaciones/GO_ESPMED_05_24.pdf?variable=202406171724
- UNIR. (27 de octubre de 2022). *¿En qué consiste el derecho laboral y cuál es su ámbito de aplicación?* Obtenido de La Universidad en Internet: <https://mexico.unir.net/derecho/noticias/derecho-laboral/>
- Universidad de Guanajuato. (30 de enero de 2018). *Unidad didáctica 2: Sistema Nacional de Salud*. Obtenido de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia: <https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-2-sistema-nacional-de-salud/>
- Universitariamente. (2023). *universitariamente.com*. Recuperado el 2022 de Agosto de 03, de ¿Que es un Pasante?: <https://universitariamente.com/que-es-un-pasante/>
- Vázquez, F. D. (2018). Apuntes históricos sobre la formación de médicos especialistas en México desde la evolución educativa. *Investigación En Educación Médica*, 46-52. doi:<https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.03.003>
- Velázquez, F. (1965). *Excélsior y Novedades*.
- Villanueva, A. L. (2011). *De la medicina tradicional a la medicina moderna*. Obtenido de Mapre Trébol: <https://app.mapfre.com/mapfrere/docs/html/revistas/trebol/n62/es/articulo1.html>

Zepeda, C. (29 de enero de 2024). *Un tercio de los empleados en México gana un salario mínimo*. Obtenido de La Jornada:
<https://www.jornada.com.mx/noticia/2024/01/29/economia/un-tercio-de-los-empleados-en-mexico-gana-un-salario-minimo-9629#:~:text=La%20Jornada%20%2D%20Un%20tercio%20de,M%C3%A9xico%20gana%20un%20salario%20m%C3%ADnimo>