

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE DERECHO

SEMINARIO DE DERECHO DEL TRABAJO Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL

**“ESTATUS JURÍDICO DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DENTRO DE LA PERSPECTIVA DEL
DERECHO DEL TRABAJO”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN DERECHO

PRESENTA

EL C. JAIME ANTONIO NAZARIO ALEMÁN

MÉXICO D. F. 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mi madre, mi origen;
a mi padre, mi guía;
a Guadalupe, mi motivo.

A todos las personas importantes
en mi vida, quienes saben cuanto
me apoyaron, y lo que significan para mi.

**ESTATUS JURÍDICO DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DENTRO DE LA PERSPECTIVA DEL
DERECHO DEL TRABAJO**

ÍNDICE.....	1
--------------------	----------

CAPÍTULO 1

1.1 Trabajo.....	2
1.2 Trabajos especiales.....	8
1.3 La relación de trabajo.....	13
1.4 Sujetos: patrón y trabajador.....	20
1.5 Residencia Médica.....	24
1.6 Medico Residente.....	27
1.7 El Sistema Nacional de Residencias Médicas.....	29
1.8 Capacitación y adiestramiento.....	31
1.9 Práctica y aprendizaje.....	33

CAPÍTULO 2

**ANTECEDENTES DE LAS RESIDENCIAS PARA HACER UNA ESPECIALIDAD
MÉDICA**

2.1 Breve reseña de la especialización de la medicina a nivel internacional....	37
2.2 La especialización de la medicina en México hasta 1950.....	46
2.3 El sistema contemporáneo de residencias medicas en México y las movilizaciones de los médicos residentes	53
2.4 Algunas consideraciones sobre la inclusión del trabajo de los médicos residentes en la Ley Federal del trabajo de 1970.....	67

CAPÍTULO 3

RÉGIMEN JURÍDICO DE LA RESIDENCIA MÉDICA

3.1 Ley Federal del Trabajo.....	72
3.2 Ley General de Salud.....	78
3.3 Ley General de Educación.....	79
3.4 Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994 para la Organización y Funcionamiento de las Residencias Médicas.....	83
3.5 Contrato colectivo de los trabajadores del IMSS 2007-2009.....	93
3.6 Reglamento de médicos residentes en período de adiestramiento en una especialidad del IMSS.....	102

CAPÍTULO 4

CONDICIONES LABORALES DEL MÉDICO RESIDENTE EN EL IMSS

4.1 Salario.....	108
4.1.1 Beca	113
4.2 Condiciones Generales	117
4.2.1 Jornada.....	118
4.2.2 Descansos.....	124
4.2.3 Vacaciones.....	126
4.3. Prestaciones de Previsión Social y Seguridad Social	128
4.4. La condiciones de vida digna en el estudiante, el medico y el trabajador.....	135
Conclusiones.....	139
Fuentes consultadas.....	143

INTRODUCCIÓN

Las especialidades médicas y el sistema de residencias se implementó en México a principios del pasado siglo XX, aunque los procesos de educación médica son tan antiguos como la misma ciencia de la medicina. Los inicios de este sistema fueron caracterizados porque los médicos estudiantes de una especialidad, también llamados residentes, no tenían derechos laborales, ya que eran considerados estudiantes becarios, a pesar de que realmente se les trataba y tenían funciones de trabajadores. Por estas causas la mayoría de los médicos residentes tenían que sobrevivir con un exiguo pago de una beca durante su adiestramiento siendo explotados por las Instituciones de Salud al ser considerados mano de obra barata.

En este trabajo se escogió como marco de referencia al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ya que por su cobertura es la institución prestadora de servicios médicos más grande del país y también la que ofrece formación a más médicos residentes.

En la actualidad, se supone que las condiciones laborales de los médicos residentes en período de adiestramiento de una especialidad del IMSS son distintas de las que existían antes de la promulgación de Ley Federal del Trabajo de 1970, en cuyo texto se incluyó un capítulo en donde se reconocía a los Médicos Residentes en período de adiestramiento como trabajadores, regulando sus relaciones de trabajo con las Unidades Médicas Receptoras de Residentes.

En el primer capítulo de este trabajo de tesis comenzaremos analizando los conceptos básicos de nuestro tema de estudio, tales como trabajo, relación de trabajo, patrón, trabajador, médico residente y sistema nacional de residencias médicas, para así obtener una visión general de nuestro objeto de estudio.

En el segundo capítulo analizaremos como se ha llevado a cabo la educación de los médicos, profundizando en el período de establecimiento de las residencias médicas en México, y principalmente enfocándonos en los

movimientos médicos de finales del siglo XX que tenían como finalidad mejorar las condiciones laborales de los médicos residentes.

En el tercer capítulo analizaremos el marco jurídico que regula al Sistema Nacional de Residencias Médicas, enfatizando en las características principales que rigen las relaciones entre los Médicos Residentes y el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Y por último en el cuarto capítulo de nuestra investigación analizaremos las condiciones actuales de trabajo de los médicos residentes para determinar si las normas laborales vigentes se cumplen.

CAPÍTULO 1

MARCO CONCEPTUAL

Para acceder al campo del conocimiento del estatus jurídico de los médicos residentes del Instituto Mexicano del Seguro Social, tenemos que iniciar precisando los conceptos fundamentales de nuestro universo de estudio, por esta razón hemos decidido comenzar analizando conceptos tan generales como trabajo, la relación de trabajo, sus sujetos y los trabajos especiales, para irlos relacionando con los conceptos particulares de nuestro tema de estudio como son; la Residencia Médica, el Médico Residente, el Sistema Nacional de Residencias Médicas, la capacitación, el adiestramiento, la práctica y el aprendizaje, de esta manera contaremos con las herramientas necesarias para poder analizar con una aproximación lógica jurídica nuestro objeto de estudio.

Siendo el trabajo el principal producto de la sociedad humana, este se encuentra íntimamente ligado a la educación, la capacitación y el adiestramiento. Desde sus orígenes cuando los métodos de trabajo más rudimentarios se transmitían de manera oral, de boca a boca y de persona a persona, la educación ha provisto los cimientos con los que se han creado todos los niveles de las diferentes actividades humanas. De esta manera el orden lógico para obtener cualquier trabajo es el realizar un adiestramiento previo. Por esta razón en todo el mundo cualquier sociedad que aspira a un mejoramiento de sus condiciones de vida ve en la educación de sus nuevas generaciones el camino para conseguir sus fines.

En el caso de la medicina esto no es diferente ya que se necesita una amplia gama de conocimientos en muchas áreas de la ciencia, tales como la biología, la química y la física para tener una aproximación favorable a lo que tal vez sea el organismo mas complejo que la naturaleza ha creado en este planeta, es decir; el ser humano.

Por esta causa y otras circunstancias concurrentes el marco legal mexicano preocupado por el bienestar colectivo exige a quienes practican ó desean trabajar en el área médica una serie de requisitos de formación educativa que una vez cumplidos se reconocen mediante la expedición de la cédula profesional.

De esta misma manera un médico general que desea especializarse y trabajar en una rama particular de la medicina debe de realizar una serie de actividades denominadas residencia médica, las cuales le proveen de la información y la experiencia necesaria para llevar a cabo la labor de un médico especialista.

Por lo anterior consideramos que la educación y el trabajo tienen una gran vinculación, y para el desarrollo de nuestra investigación comenzaremos a analizar el concepto de trabajo, para poco a poco irnos adentrando en nuestro universo de estudio y en la problemática planteada.

1.1 Trabajo

En el cúmulo de actividades en las que el ser humano despliega su existencia, figuran nociones o conceptos que suscitan afinidades y a la vez rechazos. Una de ellas, sin duda, es la noción de “trabajo”. Si a un grupo amplio de personas se les pidiera una definición rápida de trabajo, no sería improbable escuchar más comentarios negativos que positivos. Razones hay, lamentablemente, para que ello sea así. Y decimos lamentablemente porque, como pocas, la actividad que los seres humanos desarrollamos bajo el nombre de “trabajo” debería remitirnos a una actividad noble, creadora de riqueza, que permite que la existencia humana tenga un desarrollo armónico y haya progresos en los ámbitos: social, económico, cultural, político, científico y educativo.

No obstante lo anterior, hay ejemplos en los que la idea de trabajo lleva aparejada aspectos negativos. Néstor de Buen cita algunos casos; “en el Antiguo Testamento (Génesis, 111, 17 Y 19) Dios condena a Adán a sacar de la tierra el alimento con grandes fatigas y a comer el pan mediante el sudor de su rostro. Entonces, en la Biblia el trabajo se entiende, como un castigo.”¹

Asimismo, este autor refiere que en la Revolución Industrial Inglesa y en la Revolución Política de Francia, “al triunfo la burguesía, la libertad de trabajo, se convirtió en un derecho natural del hombre y se volvió un instrumento odioso para la explotación de los trabajadores; [...], Por su parte Carlos Marx compara al trabajo con una mercancía, al señalar que la fuerza de trabajo es lo mismo, ni más ni menos que el azúcar. Aquélla se mide con el reloj, ésta con la balanza.”²

Si la afirmación de Marx resulta patética por su crudeza, en el mismo sentido podemos tomar la afirmación de William Faulkner, citado por Alberto Briceño Ruiz cuando dice que; “una de las cosas más tristes de la vida, que es que lo único que podemos hacer ocho horas diarias, día tras día; es el trabajo. No podemos comer durante ocho horas al día, ni tampoco beber, ni hacer el amor durante ocho horas diarias; todo lo que podemos hacer durante ocho horas es, trabajar. Esta es la razón por la cual el hombre es miserable y desgraciado.”³

El mismo autor señala, y nosotros estamos de acuerdo, en que el trabajo puede resultar enajenante cuando no va acorde con nuestras expectativas y cuando la capacidad creadora no encuentra en él una forma de expresión, pero pretender que el hombre es miserable o desgraciado por no poder comer, beber, o satisfacer alguna otra necesidad fisiológica en el mismo lapso de tiempo, equivale a reducirnos a nuestro aspecto animal, olvidando la enorme

¹ DE BUEN LOZANO, Néstor, Derecho del Trabajo, Tomo I, séptima edición, Editorial Porrúa, México, 1989, p. 15.

² *Ibíd*em, p 17

³ BRICEÑO RUIZ, Alberto, Derecho Individual del Trabajo, Editorial Harla, México, 1985, p. 9.

capacidad transformadora del trabajo humano.

A dicha capacidad transformadora, precisamente, nos hemos referido con anterioridad al apuntar que el trabajo, es una actividad noble que permite progresos en todos los ámbitos sociales. Porque, como el mismo autor Alberto Briseño señala; “sólo los seres humanos tenemos capacidad para realizar un trabajo. De acuerdo con Proudhon, la facultad de trabajo distingue al hombre de la bestia y tiene su fondo en las profundidades de la razón.”⁴ Estas palabras nos hacen concluir que no existen dos campos distintivos del trabajo: material e intelectual, pues todo esfuerzo material, al ser realizado por la persona, encuentra en su causa, motivo y justificación en la razón; así como el trabajo intelectual, para poder expresarse, implica la realización de un esfuerzo material.

Esas “profundidades de la razón” a las que aludía Pierre Joseph Proudhon, se materializaron en el Tratado de Versalles que puso fin a la Primera Guerra Mundial, concretamente en la “Declaración de Derechos Sociales”, la cual afirmaba que el principio rector del Derecho Internacional del Trabajo estaba basado en la consideración de que el trabajo no debía ser considerado como mercancía o artículo de comercio.⁵

Nuestro país a principios del siglo XX había sentado un precedente histórico en materia laboral, Alberto Trueba Urbina lo refiere de esta manera: “Así como la Constitución Norteamericana de 1776, los Bill of Rights y la Declaración Francesa de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789, inician la etapa de las Constituciones políticas y consiguientemente el reconocimiento de los derechos individuales, la Constitución Mexicana de 1917 marca indeleblemente la era de las Constituciones político-sociales [...]; en ella no sólo se formulan principios políticos, sino también normas sociales en materia de educación, economía, trabajo, etc., es decir, reglas para la solución

⁴ *Ibíd.*, p 12.

⁵ *Ídem*

de problemas humano-sociales. Este es el origen del constitucionalismo político-social en nuestro país y en el extranjero. La prioridad de la Constitución Mexicana de 1917 en el establecimiento sistemático de derechos fundamentales de integración económica y social es reconocida por ilustres tratadistas extranjeros, americanos y europeos.”⁶

Dentro de esos derechos fundamentales de integración económica y social figuraba concretamente el referido a la materia laboral. Al efecto, el entonces artículo 123 constitucional, tal y como fue aprobado por el Constituyente de Querétaro en 1917 tomado de la obra de José Dávalos, Derecho del trabajo I, señalaba fundamentalmente:

ARTÍCULO 123. El Congreso de la Unión y las Legislaturas de los Estados deberán expedir leyes sobre el trabajo, fundadas en las necesidades de cada región, sin contravenir a las bases siguientes, las cuales regirán el trabajo de los obreros, jornaleros, empleados domésticos y artesanos y de una manera general todo contrato de trabajo.

I. La duración de la jornada máxima será de ocho horas.

II. La jornada máxima de trabajo nocturno será de siete horas. Quedan prohibidas las labores insalubres o peligrosas para las mujeres en general y para los jóvenes menores de dieciséis años. Queda también prohibido a unas y otros el trabajo nocturno industrial, y en los establecimientos comerciales no podrán trabajar después de las diez de la noche.

III. Los jóvenes mayores de doce años y menores de dieciséis, tendrán, como jornada máxima, la de seis horas. El trabajo de los niños menores de doce años no podrá ser objeto de contrato.

IV. Por cada seis días de trabajo deberá disfrutar el operario de un día de descanso, cuando menos. [...]

VI. El salario mínimo que deberá disfrutar el trabajador, será el que se considere suficiente, atendiendo las condiciones de cada región,

⁶ TRUEBA URBINA, Alberto, La Primera Constitución Político-Social del Mundo, Editorial Porrúa, México, 1971, p. 33.

para satisfacer las necesidades normales de la vida del obrero, su educación y sus placeres honestos, considerándolo como jefe de familia. En toda empresa agrícola, comercial, fabril o minera, los trabajadores tendrán derecho a una participación en las utilidades que será regulada como indica la fracción IX.

VII. Para trabajo igual debe corresponder salario igual, sin tener en cuenta sexo ni nacionalidad.

VII. El salario mínimo quedará exceptuado de embargo, compensación o descuento. [...]

XVI. Tanto los obreros como los empresarios tendrán derecho para coaligarse en defensa de sus respectivos intereses, formando sindicatos, asociaciones profesionales, etc.

XVII. Las leyes reconocerán como un derecho de los obreros y de los patronos las huelgas y los paros.

XVIII. Las huelgas serán lícitas cuando tengan por objeto conseguir el equilibrio entre los diversos factores de la producción, armonizando los derechos del trabajo con los del capital. En los servicios públicos será obligatorio para los trabajadores dar aviso, con diez días de anticipación, a la Junta de Conciliación y Arbitraje, de la fecha señalada para la suspensión del trabajo. Las huelgas serán consideradas como ilícitas únicamente cuando la mayoría de los huelguistas ejerciere actos violentos contra las personas o las propiedades o, en caso de guerra, cuando aquéllos pertenezcan a los establecimientos y servicios que dependen del Gobierno. Los obreros de los establecimientos fabriles militares del Gobierno de la República no estarán comprendidos en las disposiciones de esta fracción, por ser asimilados al Ejército Nacional. [...]

XX. Las diferencias o los conflictos entre el capital y el trabajo se sujetarán a la decisión de una Junta de Conciliación y Arbitraje, formada por igual número de representantes de los obreros y de los patronos, y uno del Gobierno. [...]⁷

Como podemos observar del análisis de la transcripción parcial del primigenio artículo 123 constitucional. En este se encuentran ya algunos elementos clave de la noción de trabajo, como son: El trabajo se considera como un derecho fundamental en nuestra carta magna, los horarios de trabajo

⁷ DÁVALOS, José, Derecho del Trabajo I, quinta edición, Editorial Porrúa, México, 1985, p. 65-69.

no deben ser excesivos y deben estar acorde con las características de los trabajadores, el salario deberá de ser suficiente para asegurar una sana subsistencia de los trabajadores, y su pago deberá ser igualitario, es decir a trabajo igual, igual paga; se reconocen los derechos de asociación y movilización para los trabajadores y los patrones y se crean las Juntas de Conciliación y Arbitraje como autoridades mediadoras entre los actores de la producción.

Pero por otra parte, si consideramos según el criterio de la Declaración de Derechos Sociales, que el trabajo no debe ser considerado o definido como una mercancía o artículo de comercio, entonces, ¿cómo definirlo?. Dilucidar las cuestiones anteriores nos remite a analizar la definición de la disciplina jurídica, que lo estudia, es decir del Derecho del Trabajo. Néstor de Buen señala que la definición que pueda hacerse del mismo tendrá, por fuerza, un valor relativo, dada su permanente transformación, lo cual significa que el concepto será variable, por serlo también su contenido. Sin embargo, el autor propone la siguiente definición; “Derecho del trabajo es el conjunto de normas relativas a las relaciones que directa o indirectamente derivan de la prestación libre, subordinada y remunerada, de servicios personales y cuya función es producir el equilibrio de los factores en juego mediante la realización de la justicia social.”⁸

Alberto Briceño Ruiz, por su parte, define al Derecho del Trabajo como: “el conjunto de normas jurídicas que tienen por objeto el equilibrio entre los elementos de la producción, patrón y trabajador, mediante la garantía de los derechos básicos consagrados a favor de estos últimos. Son normas jurídicas, toda vez que éstas emanan del órgano legislativo del Estado y se proponen establecer y mantener el equilibrio entre patrón y trabajador. Este equilibrio sólo puede lograrse en la medida en que el propio Estado garantice a los

⁸ DE BUEN LOZANO, Néstor, Derecho del Trabajo, op. cit. p. 131.

trabajadores la observancia de sus derechos consagrados en la Ley, en la contratación o en la costumbre.”⁹

Muchos son los tratadistas que, al igual que los anteriores, han aportado a la ciencia jurídica definiciones de Derecho del Trabajo. Pero para nosotros no es posible referirnos a todos ellos, por cuestiones de extensión, sin embargo creemos que con las definiciones que hemos transcrito quedan de manifiesto la esencia, fines y características del trabajo, de las cuales podemos deducir ahora nuestra propia definición:

“El trabajo es una actividad humana, creadora de bienes que satisfacen las necesidades sociales, de suma importancia para las legislaciones contemporáneas las cuales generalmente le dan el grado de derecho humano fundamental, el trabajo es un vínculo de unión entre las dos figuras de este proceso; el trabajador y el patrón, de su interacción surge la relación de trabajo y por esta el trabajador se obliga a realizar determinada acción bajo las ordenes del patrón, y este a su vez tiene como contraprestación otorgarle al trabajador una suma de dinero denominada salario. Los abusos e inequidades que históricamente se han presentado en contra de los trabajadores han obligado al estado a realizar una función supervisora la cual tiene como fin el encontrar el equilibrio entre estos factores de la producción para lograr una armonía y crecimiento social”.

1.2 Trabajos especiales

Los trabajos especiales en el marco del Derecho Mexicano, se refieren a un conjunto de actividades diversas enumeradas por la Ley Federal del Trabajo, en su título VI; las cuales por poseer características de importancia

⁹ BRICEÑO RUIZ, Alberto, Derecho Individual del Trabajo, op. cit. p. 24.

trascendente para los mismos trabajadores y la sociedad fueron dotadas de un marco regulatorio particular del cual conviene destacar su origen.

El Derecho Mexicano del Trabajo evolucionó con extraordinaria rapidez en los años posteriores a la promulgación de la Constitución Mexicana de 1917, en parte porque las distintas leyes del Trabajo en los Estados de la República, lejos de crear una uniformidad en esta materia, provocaron serias contradicciones pues sus postulados frecuentemente eran contradictorios de Estado a Estado, y en parte porque la dinámica social exigía adecuar la Ley Federal del Trabajo a las nuevas realidades del país.

Al respecto, Santiago Barajas Montes de Oca señala que; “el legislador constituyente del año 1917 dejó en plena libertad a las entidades federativas del país para reglamentar, de acuerdo con sus necesidades legales, la relación de trabajo (ya que en esa época) se expresó con enérgica determinación que eran los congresos locales los más avocados a legislar sobre cuestiones de su jurisdicción, por cuya razón responderían con particular empeño a la reglamentación de las condiciones de trabajo, las cuales ajustarían a la actividad predominante en cada región del país.”¹⁰

Dentro de tales reglamentaciones estatales, señala el autor, fue concedido a las mujeres trabajadoras, con carácter general, un beneficio estimado natural: durante el embarazo no deberían realizar trabajos que exigieran un gran esfuerzo o que significaran peligro para su salud o la del ser en gestación. Se les otorgó, además, el beneficio de un descanso extraordinario, de media hora dentro de la jornada; para alimentar a los hijos durante el periodo de lactancia. Salvo la anterior determinación, agrega el

¹⁰ BARAJAS MONTES DE OCA, Santiago, Los Contratos Especiales de Trabajo, Editorial UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 1992, p. 51.

autor, se concedió al legislador de los estados absoluta libertad para regular todo lo relacionado a la materia del trabajo.¹¹

Más adelante en su misma obra, Santiago Barajas Montes de Oca nos regala una extraordinaria narración sobre lo ocurrido posteriormente; “puede encontrarse en las disertaciones anteriores el germen de los trabajos especiales. El objetivo fue dar a los trabajadores el trato legal que correspondía a aquellas ocupaciones no sujetas a las normas generales impuestas a los contratos de trabajo. Cabe aclarar que no todos los Estados se ocuparon de esta facultad legislativa, pero sí lo hizo la mayor parte de ellos. Unos distinguieron el trabajo general del de las mujeres y menores de edad, así como también el de meritorios y aprendices; otros, dieron mayor importancia al trabajo agrícola, al trabajo en las minas o al trabajo doméstico, según la importancia local de cada actividad, pero todos, en alguna forma, se ocuparon de las especialidades.”¹²

A fin de unificar las reglamentaciones estatales de los trabajos especiales en un solo cuerpo legal, años después, la Ley Federal del Trabajo de 1931 destinó en capítulos separados, sin hacer mención a trabajos especiales, diversos artículos que amparaban a los siguientes grupos de trabajadores: 1. Los que prestaban servicio a domicilio; 2. El servicio doméstico; 3. El trabajo en el mar y vías navegables; 4. El trabajo en ferrocarriles; 5. El trabajo del campo; 6. El trabajo en la pequeña industria e industria familiar, y 7. El aprendizaje.¹³

A lo largo del presente Capítulo hemos comentado que la evolución del Derecho Mexicano del Trabajo, ha evolucionado a la par con las dinámicas sociales de nuestro país, en función de las nuevas realidades que va

¹¹ *Ibíd*em, p. 52

¹² *Ibíd*em, p. 62

¹³ *Ibíd*em, p. 64

experimentando. Es un hecho, pero conviene recordar, que el México que conocían los constituyentes de Querétaro de 1917 es muy distinto del México que conocemos ahora, casi un siglo después de la promulgación de nuestra Ley Fundamental.

En virtud de lo anterior, el maestro Barajas Montes de Oca señala: en la iniciativa de reforma para la Ley Federal del Trabajo de 1970 que hoy día nos rige, se habían tomado en cuenta dos circunstancias:

a) La existencia de trabajos en los que la aplicación de las disposiciones generales de la Ley Federal del Trabajo entonces vigente resultaban insuficientes en cuanto a su reglamentación, y

b) La solicitud hecha por sectores diversos de trabajadores y empresas para incluir en capítulos propios el mínimo de derechos y beneficios que debían disfrutar, debido tanto a la naturaleza de los servicios a desempeñar como al interés de mantener en situación independiente un regular número de condiciones de trabajo que pudieran incluirse, sin oposición, a las convenciones colectivas de cada especialidad.¹⁴

La comisión legislativa encargada de estudiar la iniciativa del entonces presidente Gustavo Díaz Ordaz señaló, y conviene retomar sus palabras por la importancia que las mismas revisten en nuestro tema de estudio, lo siguiente: “la significativa relevancia de nuevas instituciones laborales obliga a reconocer una realidad insoslayable: la necesaria reglamentación del trabajo de amplios sectores, que durante muchos años han quedado substraídos a los beneficios de la legislación, los cuales deben quedar amparados y sujetos por ella.”¹⁵

¹⁴ Ibídem, p. 68

¹⁵ Ibídem, p 69

Este razonamiento de los legisladores, a decir de Barajas Montes de Oca, fue el punto de partida para incluir en la legislación vigente un título sobre trabajos especiales, sobre el cual, Mario de la Cueva emitió una sentencia aún vigente en la actualidad; "el catálogo de dichos trabajos se impuso [...] por pertenecer al futuro, pues aún se encuentran en formación otros capítulos de los trabajos humanos en los que aparecerán modalidades aún no contempladas que habrán de quedar sujetos a este tipo de regulación."¹⁶

Actualmente esta iniciativa convertida en ley se encuentra plasmada en el Título VI de la Ley Federal del Trabajo vigente, que contempla dieciséis capítulos relativos a los trabajos especiales, los cuales de manera enunciativa son los siguientes:

CAPÍTULO I. Disposiciones generales, artículo 181;

CAPITULO II. Trabajadores de confianza, artículos 182 a 186;

CAPITULO III. Trabajadores de los buques, artículos 187 a 214;

CAPITULO IV. Trabajo de las tripulaciones aeronáuticas, artículos 215 a 245;

CAPITULO V. Trabajo ferrocarrilero, artículos 246 a 255;

CAPITULO VI. Trabajo de autotransportes, artículos 256 a 264;

CAPITULO VII. Trabajo de maniobras de servicio público en zonas bajo jurisdicción federal, artículos 265 a 278;

CAPITULO VIII. Trabajadores del campo, artículos 279 a 284;

CAPITULO IX. Agentes de comercio y otros semejantes, artículos 285 a 291;

CAPITULO X. Deportistas profesionales, artículos 292 a 303;

CAPITULO XI. Trabajadores actores y músicos, artículos 304 a 310;

CAPITULO XII. Trabajo a domicilio, artículos 311 a 330;

¹⁶Ídem.

CAPITULO XIII. Trabajadores domésticos, artículos 331 a 343;

CAPITULO XIV. Trabajo en hoteles, restaurantes, bares y otros establecimientos análogos, artículos 344 a 350;

CAPITULO XV. Industria familiar, artículos 351 a 353;

CAPITULO XVI. Trabajos de médicos residentes en período de adiestramiento en una especialidad, artículo 353, en sus fracciones A a la I;

CAPITULO XVII. Trabajo en las universidades e instituciones de educación superior autónomas por ley, artículo 353, en sus fracciones J a U.

Como podemos apreciar en la actualidad los trabajos regulados bajo el nombre de trabajos especiales se encuentran en áreas muy diversas de las actividades económicas de nuestro país. Sin embargo en todas y cada una de las actividades que se tutelan en la ley estas se han considerado lo suficientemente importantes como para incluirlas en nuestro ordenamiento federal, para así brindar una seguridad y protección adicional a los involucrados en estos rubros de actividad. Protección que si bien en su espíritu es loable, pensamos ha sido rebasada por la realidad de los problemas sociales que vive nuestro país.

1.3 La relación de trabajo

En los rubros anteriores hemos profundizado en los conceptos de trabajo y en los trabajos especiales, para continuar con una sucesión lógica de nuestra exposición en el presente punto abordaremos otra figura de suma importancia para determinar por que los médicos residentes son considerados como trabajadores en lugar de estudiantes y cuales son las repercusiones de este estatus jurídico sobre sus derechos y obligaciones: “la relación de trabajo.”

La metodología para realizar nuestro acercamiento a la relación de trabajo, se hará con el método deductivo partiendo de lo que nos refiere la doctrina sobre esta figura jurídica para finalmente elaborar nuestra propia conclusión al respecto.

Según el maestro Néstor de Buen, éste refiere que el Dr. Mario de la Cueva describe la relación de trabajo como; "la situación jurídica objetiva que se crea entre un trabajador y un patrono por la prestación de un trabajo subordinado, cualquiera que sea el acto o la causa que le dio origen, en virtud del cual se aplica al trabajador un estatuto objetivo, integrado por los principios, instituciones y normas de la Declaración de Derechos Sociales, de la Ley del Trabajo, de los convenios internacionales, de los contratos colectivos y contratos-ley, y de sus normas supletorias."¹⁷

De la descripción anterior, señala De Buen, se derivan los siguientes puntos fundamentales:

a) El hecho constitutivo de la relación es la prestación de un trabajo subordinado;

b) La prestación de trabajo, por el hecho de su iniciación, se desprende del acto o causa que le dio origen y provoca, por sí misma, la realización de los efectos que derivan de las normas de trabajo, esto es, deviene una fuerza productora de beneficios para el trabajador;

c) La prestación de trabajo determina inevitablemente la aplicación del Derecho del Trabajo, porque se trata de un estatuto imperativo cuya vigencia y efectividad no dependen de la voluntad del trabajador y del patrono, sino, exclusivamente, de la prestación del trabajo;

¹⁷ DE BUEN LOZANO, Néstor, Derecho del Trabajo, op. cit. p. 546.

d) La prestación del trabajo crea una situación jurídica objetiva que no existe con anterioridad a la que se da el nombre de relación de trabajo;

e) La prestación del trabajo proviene inmediatamente de un acto de voluntad del trabajador, pero los efectos que se producen provienen, fundamentalmente, de la ley y de los contratos colectivos;

f) El contrato civil es estático, mientras que la teoría de la relación de trabajo crea una relación jurídica dinámica. Esto se refleja en el derecho del trabajador a exigir que se modifiquen las condiciones de trabajo.¹⁸

Baltazar Cavazos Flores por su parte, nos comenta el artículo 20 de nuestra legislación laboral positiva, considerando que debe de entenderse por relación de trabajo lo siguiente: “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. Lo dicho también nos indica que el contrato individual de trabajo, cualquiera que sea su forma o denominación, es aquél en virtud del cual una persona se obliga a prestar a otra un trabajo personal subordinado mediante el pago de un salario.”¹⁹

Respecto del artículo analizado, Cavazos Flores apunta una crítica; concluyendo que dicho precepto afirma que la prestación de un trabajo y el contrato celebrado producen los mismos efectos. Como se ve, nuestro legislador no quiso o no supo distinguir la relación de trabajo del contrato laboral, ya que en ambos casos se establecen como elementos fundamentales el servicio personal subordinado y el pago de un salario.²⁰

¹⁸ Ídem

¹⁹ CAVAZOS FLORES, Baltasar, 40 Lecciones de Derecho Laboral, octava edición, Editorial Trillas, México, 1994. p. 102.

²⁰ Ídem

Partiendo de la crítica mencionada, Cavazos Flores establece las diferencias entre contrato de trabajo y relación de trabajo:

- Podemos afirmar que la relación de trabajo se inicia en el preciso momento en que se empieza a prestar el servicio; en cambio, el contrato de trabajo se perfecciona por el simple acuerdo de voluntades.

- Por lo tanto, se puede dar el caso de que exista un contrato de trabajo sin relación laboral, como cuando se celebra un contrato y se pacta que el servicio se preste posteriormente.

- En cambio, la existencia de la relación de trabajo hace que se presuma la existencia del contrato, ya que entre el que presta un servicio personal y el que lo recibe, se presume la vinculación laboral y la falta de contrato escrito es siempre imputable al patrón.²¹

En la exposición que Alberto Briceño Ruiz hace en su ya citada obra Derecho Individual del Trabajo, leemos que la institución jurídica de la relación de trabajo consta de algunos elementos fundamentales de igual jerarquía y que ante la ausencia de uno, no se da la relación. Dichos elementos son, a decir del autor:

a) Prestación del servicio, que se refiere a la realización de actos materiales por el trabajador. Esta prestación constituye el presupuesto de la relación, el que da origen a la aplicación de la Ley Laboral;

b) Sujetos, patrón y trabajador. El primero es el receptor del beneficio o del servicio; el segundo el realizador del beneficio;

c) Individualización, elemento que afecta a la naturaleza de la relación, de tal manera que ésta existe entre un patrón particularmente determinado y la

²¹ *Ibíd.*, p. 103

persona que real, material y que efectivamente presta el servicio. En esta suposición, si una persona solicita por medio de un intermediario los servicios a otra, quedarán obligados ambos con quien realice los actos materiales inherentes a la prestación;

d) La subordinación, es el elemento que constituye la distinción entre la relación de trabajo y la prestación de servicios profesionales, por esto en nuestro supuesto de estudio la Ley Federal del Trabajo es la norma de aplicación puesto que se refiere exclusivamente a las personas que prestan su servicio en forma personal y subordinada, y

e) Objeto de la relación de trabajo esta constituido por la seguridad que emana de la propia relación y de los preceptos legales que se refieren de manera primaria y elemental al trabajador. La estabilidad en el empleo es parte de esta seguridad, al permitir que el trabajador cuente permanentemente con su plaza, puesto o cargo.²²

A mayor abundamiento –y conviene hacer referencia a ello–, el autor señala que la relación de trabajo responde a las siguientes circunstancias:

1. Se inicia con la prestación material y objetiva de los servicios. El patrón recibe los servicios o los beneficios que se deriven de ellos.

2. La relación tiene por objeto, como señala Georges Scelle, la seguridad que se debe al trabajador. Esta seguridad no sólo atiende al aspecto interno de la relación, sino a los aspectos económicos, sociales y culturales del trabajador y de su familia.

3. La relación de trabajo es singular, lo que implica que se da entre un patrón y un trabajador, sujetos individualmente determinados.

²² BRICEÑO RUIZ, Alberto, Derecho Individual del Trabajo, op. cit. p. 117-118.

4. El consentimiento no constituye un elemento esencial para la existencia de la relación de trabajo. Podría configurar, en algunos supuestos, un elemento de validez.

5. La relación de trabajo tiene un carácter institucional; los aspectos, condiciones y supuestos concurrentes no dependen de los sujetos, ya que son de aplicación forzosa. En el momento en que se establece la relación, las normas de trabajo pasan inmediatamente a regir la relación.²³

Ya que hemos referido y analizado algunos conceptos de varios autores sobre la relación de trabajo, conviene hacer una revisión con lo consignado en el Título Segundo de la Ley Federal del Trabajo vigente. A efecto, citamos los artículos más representativos de su Capítulo I, Disposiciones generales:

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.

Contrato individual de trabajo, cualquiera que sea su forma o denominación, es aquel por virtud del cual una persona se obliga a prestar a otra un trabajo personal subordinado, mediante el pago de un salario.

La prestación de un trabajo a que se refiere el párrafo primero y el contrato celebrado producen los mismos efectos.

Como podemos observar de la lectura anterior no importa cual sea el tipo de actividad que sea desarrollada por un trabajador, el simple hecho de prestar un servicio subordinado es suficiente para generar una relación de trabajo que surte los mismos efectos que un contrato de trabajo.

²³ *Ibíd*em, p. 119

Artículo 21 Se presumen la existencia del contrato y de la relación de trabajo entre el que presta un trabajo personal y el que lo recibe.

Artículo 26 La falta del escrito a que se refieren los artículos 24 y 25 no priva al trabajador de los derechos que deriven de las normas de trabajo y de los servicios prestados, pues se imputará el patrón la falta de esa formalidad.

De la lectura conjunta de los dos artículos anteriores podemos inferir que los abusos cometidos por los patrones en detrimento de los derechos de los trabajadores han tenido un peso tan importante para que nuestros legisladores impongan el deber a los patrones de realizar la elaboración del contrato que rijan las relaciones de trabajo y a falta de este se les brinde a los trabajadores las garantías de nuestra legislación federal como derechos mínimos.

Artículo 27 Si no se hubiese determinado el servicio o servicios que deban prestarse, el trabajador quedará obligado a desempeñar el trabajo que sea compatible con sus fuerzas, aptitudes, estado o condición y que sea del mismo género de los que formen el objeto de la empresa o establecimiento.

Artículo 31 Los contratos y las relaciones de trabajo obligan a lo expresamente pactado y a las consecuencias que sean conformes a las normas de trabajo, a la buena fe y a la equidad.

También en los dos artículos precedentes podemos notar el espíritu de protección por parte del legislador para con los trabajadores a fin de brindar de esta manera equidad a los actores de la relación de trabajo.

En resumen de todo lo anterior podemos decir que aunque los diferentes tratadistas y la ley tienen puntos de vista particulares sobre la relación de trabajo, existe una uniformidad de opiniones relativas a las características de la relación de trabajo las cuales podemos concretar en los siguientes incisos:

A. La relación de trabajo surge por el solo hecho de prestar un servicio subordinado, sin importar cual sea este, ni que medie la existencia de un contrato de trabajo

B. La relación de trabajo se da de manera individual entre un trabajador y un patrón.

C. La subordinación es lo diferencia a la relación de trabajo de los servicios profesionales. Y esto quiere decir que el trabajador actúa bajo las órdenes del patrón.

D. La relación de trabajo brinda de una protección al trabajador, pues aunque este prestando sus servicios sin haber firmado un contrato escrito, se considera que esta trabajando con todos los beneficios y las protecciones que la ley otorga.

1.4 Sujetos: patrón y trabajador

Siguiendo con el proceso de análisis de los elementos esenciales de nuestro tema de estudio, toca ahora hacer mención de los sujetos de la relación de trabajo. Nos referimos al trabajador y al patrón.

Si bien gracias al desarrollo de los incisos anteriores, se han hecho referencias a uno y otro que nos permiten tener una idea básica de lo que ambos términos significan, a continuación nos basaremos en las ideas que José Dávalos aporta en su ya referida obra Derecho del Trabajo para obtener un mayor conocimiento sobre estos conceptos.

A decir de este autor, el concepto de trabajador es genérico porque se atribuye a todas aquellas personas que, con apego a las prescripciones de la ley, entregan su fuerza de trabajo al servicio de otra y en atención a los

lineamientos constitucionales, no admite distinciones. Es la propia Ley Federal del Trabajo, señala Dávalos, la que nos ofrece el concepto de trabajador; este ordenamiento legal refiere:

Artículo 8 Trabajador es la persona física que presta a otra, física o moral, un trabajo personal subordinado. Para los efectos de esta disposición, se entiende por trabajo toda actividad humana, intelectual o material, independientemente del grado de preparación técnica requerido por cada profesión u oficio.

Del mismo texto de la Ley se desprenden los siguientes elementos, con los cuales se podrá válidamente presumir la existencia de una relación de trabajo. A saber:

- El trabajador siempre será una persona física;
- Esa persona física ha de prestar un servicio a otra persona física o moral;
- El servicio ha de ser en forma personal, y
- El servicio será llevado a cabo de manera subordinada.

De los anteriores elementos, destaca el de la “subordinación”, al cual nos hemos referido en los rubros anteriores, tanto en las definiciones de Trabajo, como en el referente a la relación de trabajo. No obstante, abundaremos en el mismo siguiendo con la exposición de Dávalos, pues para él, la prestación del servicio habrá de efectuarse en forma subordinada, debiendo entenderse por subordinación que el trabajo habrá de realizarse bajo las órdenes del patrón, “a cuya autoridad estarán subordinados los trabajadores en todo lo concerniente al trabajo.”²⁴

Lo anterior también está señalado en la Ley Federal del Trabajo:

²⁴ Cfr. DÁVALOS, José, Derecho del Trabajo I, op. cit. p. 89-104.

Artículo 134 Son obligaciones de los trabajadores:

[...]

III. Desempeñar el servicio bajo la dirección del patrón o de su representante, a cuya autoridad estarán subordinados en todo lo concerniente al trabajo.

La inobservancia de este mandato acarrea una sanción jurídica expresamente consignada en la Ley, que es la rescisión de la relación de trabajo.

Así, conforme al texto de la Ley, la subordinación implica por parte del patrón, o de su representante, la facultad jurídica de mando y, por parte del trabajador, en contrapartida, el deber jurídico de obediencia.

Sin embargo, esta facultad de la empresa se encuentra sometida a dos limitaciones:

a) Deberá referirse al trabajo pactado o al quehacer propio, “concerniente” a la relación de trabajo,

b) y deberá ser ejercitado durante la jornada de trabajo.

También puede observarse que la subordinación impone y una limitación de la capacidad de iniciativa en el servicio que se presta, ya que el trabajador, cualquiera que sea su categoría o grado, siempre se encontrará sujeto a ciertas restricciones en lo concerniente a su libertad para tomar determinaciones, en relación al trabajo que desempeña y que son impuestas por o en favor del patrón.

Por lo que respecta al concepto de patrón, José Dávalos nos remite a la definición que aporta la Ley Federal del Trabajo en su artículo 10, primer párrafo:

Artículo 10 Patrón es la persona, física o moral que utiliza los servicios de uno o varios trabajadores”.

Dicha definición se despliega en dos aspectos: el patrón puede ser una persona física o moral, y es quien recibe los servicios del trabajador. De tales aspectos, Dávalos señala que el hecho de que el patrón pueda ser una persona física o moral resulta, para la legislación laboral, indistinto. Tratándose de una persona moral, sea una sociedad civil o mercantil, lo que interesa es el dato objetivo de recibir un servicio en la relación de subordinación.²⁵

Dentro de la doctrina mexicana, señala Dávalos, Alfredo Sánchez Alvarado ofrece el concepto de patrón, definiéndolo como “la persona física o jurídico-colectiva (moral) que recibe de otra los servicios materiales, intelectuales o de ambos géneros, en forma subordinada.”²⁶

La principal objeción que se hace al anterior concepto, continúa el autor, es en relación al hecho de distinguir entre el trabajo material y el intelectual, lo cual se considera erróneo, pues toda actividad lleva siempre de manera implícita en mayor o menor grado, algo de ambos tipos.

Por su parte, finaliza Dávalos, Néstor de Buen se limita a dar un ligero esbozo de concepto de patrón, al indicar que “patrón es quien puede dirigir la actividad laboral de un tercero, que trabaja en su beneficio, mediante retribución.”²⁷

Como podemos observar de lo estudiado anteriormente los conceptos y características de las figuras de trabajador y patrón se encuentran bien delimitadas y esclarecidas resumiendo, podemos sostener que el trabajador es

²⁵ *Ibíd*em, p. 105

²⁶ *Ibíd*em, p. 106

²⁷ *Ídem*

la persona física que realiza un trabajo bajo las órdenes del patrón quien puede ser una persona física ó moral.

1.5 Residencia Médica

Antes de proporcionar la definición de Residencia Médica, conviene hacer una breve reseña respecto a la formación de médicos generales y especialistas, producto de nuestros estudios en la carrera de médico cirujano cursados en la Facultad de Medicina de nuestra Universidad Nacional Autónoma de México.

La formación de un médico general comienza al momento de ingresar a las diversas facultades de Medicina (aunque, cabe mencionar que desde el bachillerato se llevan materias de las áreas científicas químico-biológicas, además de que en muchas facultades y escuelas de medicina se ofrecen cursos preparatorios o propedéuticos antes de la iniciar propiamente la carrera de medicina).

La carrera de Medicina se estudia actualmente en cinco años, de los cuales, los dos primeros se enfocan a materias básicas y prácticas de laboratorio; en el tercer año se comienza el contacto con pacientes y con el medio hospitalario, y para el quinto año se realiza el llamado “Internado Rotatorio de Pregrado”, durante el cual se siguen tomando clases, pero la actividad primordial es la práctica médica en los cuatro servicios principales de la medicina: Cirugía, Ginecología, Medicina Interna, y Pediatría. La palabra rotatorio deriva de que cada grupo de estudiantes se divide en equipos, los cuales se van presentando de manera alterna a realizar prácticas en los servicios mencionados.

Una vez terminado el internado de pregrado, en la Universidad Nacional Autónoma de México, se puede presentar el examen profesional, el cual se

basa en resolver problemas prácticos de pacientes y enfermedades llamados casos clínicos, este examen vale la pena señalar, llega a tener una duración de ocho horas.

Una vez aprobado dicho examen, se obtiene la carta de pasante y se debe realizar un año de servicio social en alguna una comunidad pequeña de nuestro país para dar atención médica de primer nivel es decir se atienden padecimientos a nivel de medicina general.

Concluido el servicio social, si se obtuvo un promedio mínimo de ocho durante la carrera, el egresado puede presentarse a realizar el Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas, requisito indispensable para estudiar una especialidad. Dicho examen tiene una duración de dos días: el primer día, con un horario de 7:00 am a 5:00 pm, con intervalo para comer, y el segundo día, con un horario de 8:00 am a 2:00 pm, este examen también se basa en la solución de casos clínicos, pero además incluye una evaluación sobre comprensión y manejo de un idioma extranjero, generalmente inglés que es indispensable para aprobar. De conformidad con el número de plazas y con los promedios obtenidos, se asignan las constancias de aprobación, otorgándose la facultad de elegir a los médicos que obtienen los promedios más altos. Las especialidades más demandadas son cirugía, ginecología y pediatría.

Posteriormente, el egresado puede dirigirse a las Unidades Médicas Receptoras de Residentes que pueden pertenecer tanto a los Institutos Nacionales de Salud Pública como a otros Organismos Descentralizados y Hospitales Privados, los cuales en conjunto con Universidades Estatales o Privadas tienen convenios para llevar a cabo los cursos de especialización. Las instituciones más concurridas son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE), los Institutos Nacionales de Salud (Neurología, Cardiología,

Enfermedades respiratorias, etc.), y los Hospitales de la Secretaría de Salud de cada Entidad Federativa. Es en las instalaciones médicas de dichas instituciones en donde se lleva a cabo la totalidad de las actividades académicas y de práctica médica de las diversas Residencias para Especialización.

Teniendo en cuenta lo anterior es fácil comprender la definición que nos aporta nuestra Ley Federal del Trabajo, en su artículo 353-A, fracción II:

Para los efectos de este Capítulo, se entiende por:

III. Residencia: El conjunto de actividades que deba cumplir un Médico Residente en período de adiestramiento; para realizar estudios y prácticas de postgrado, 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.

La palabra “residencia” se deriva de un uso histórico que aún persiste hasta nuestros días, ya que en la mayoría de los hospitales actuales se siguen conservando habitaciones equipadas a manera de una pequeña casa ó departamento, expresamente destinadas para el uso diario de los médicos que pasan más tiempo en el hospital; los médicos residentes. En sus inicios eran verdaderas casas ó residencias y por lo tanto el médico que la “habitaba” era nombrado residente.

Actualmente la mayoría de las especialidades médicas dura un mínimo de 4 años, en los cuales el médico residente va obteniendo un determinado acervo de conocimientos realizando determinadas actividades y prácticas, que varían de acuerdo a la especialidad. Los ciclos escolares por lo general se cuentan por años, nombrándose la categoría de cada residente de acuerdo al año que esta cursando, así podemos encontrar en una institución medica residentes de primero, segundo, tercero y cuarto año, nombrados de manera

coloquial como R-1, R-2, R-3, y R-4, aunque también es conveniente señalar que también existen las subespecialidades lo cual quiere decir que al finalizar una especialidad, por ejemplo pediatría un médico puede seguir estudiando y cursar una subespecialidad por ejemplo, neurología pediátrica o cardiología pediátrica, por lo cual en algunos hospitales se pueden encontrar hasta residentes de noveno grado ó R-9.

Es importante señalar que la residencia médica es una actividad extenuante de tiempo completo, en la que no se tiene la oportunidad de realizar un trabajo ó actividades extra y por la cual el médico residente incluso debe de sacrificar una parte importante del tiempo que la mayoría de las personas dedican a su vida familiar.

1.6 Médico Residente

Antes de tocar el concepto de medico residente es conveniente recordar que la medicina es una de las actividades profesionales que por mandato del artículo 5º constitucional necesita de una cédula profesional para poderse practicar. Esta protección social se deriva de que históricamente muchos charlatanes se han aprovechado de las circunstancias de enfermedad y de la desesperación de personas enfermas y sus familiares para lucrar. De esta manera en nuestro país se ha logrado una clara diferencia entre los profesionales de la salud con permiso oficial para ejercer la medicina y otro tipo de personas relacionadas a rituales de curación como: empíricos, naturistas, sanadores, curanderos, brujos y charlatanes. Si bien nuestra ley ha avanzado, bien merece la pena reconocer que actualmente los estafadores ligados a engañar a los enfermos siguen proliferando actualmente a gran escala ya que se aprovechan de los medios electrónicos de comunicación para vender pseudomedicamentos que prometen curas milagrosas y que las personas pueden comprar sin acudir con un médico. Pero esta problemática queda fuera de nuestro tema de estudio.

Volviendo a nuestro foco de atención, es conveniente mencionar que según lo analizado anteriormente, el médico residente debe de ser un licenciado en medicina, que ha finalizado su carrera universitaria y debe contar con título y cédula profesional legalmente expedidos, además de que debe de haber aprobado el Examen Nacional de Selección para Aspirantes a Residencias Médicas.

Por su brevedad y claridad hemos seleccionado al concepto de Médico Residente que la Ley Federal del Trabajo, aporta en su artículo 353-A, fracción I, para resumir nuestros planteamientos anteriores:

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.

Como podemos observar nuestra Ley Federal del Trabajo contempla sólo una limitante para poder ingresar a una residencia médica el ser profesional de la medicina con título y registro ante las autoridades competentes. Aunque como hemos mencionado anteriormente hay algunas limitantes adicionales contempladas en otros ordenamientos, como por ejemplo el contar con un promedio mínimo de 8 durante sus estudios y el aprobar el Examen Nacional de Selección para Aspirantes a Residencias Médicas.

1.7 El Sistema Nacional de Residencias Médicas.

Como señalamos anteriormente, una vez aprobado el Examen Nacional de Selección para Aspirantes a Residencias Médicas, de acuerdo con la calificación obtenida, le será otorgada al médico aspirante, una constancia de

aprobación, en la cual se le informa si obtuvo una plaza para cursar la especialidad de su elección, o sí, no obtuvo la calificación necesaria, como anteriormente en su proceso de inscripción se le solicitaron otras opciones en orden descendiente de su interés; se le notifica en cual ó cuales puede inscribirse para desarrollar sus estudios de postgrado. Es conveniente mencionar que el Sistema Nacional de Residencias Médicas cuenta con un número fijo de plazas que se reparten entre los aspirantes que por lo general cada año aumentan.

Con esta constancia el médico aprobado puede dirigirse a las Unidades Médicas Receptoras de Residentes, pertenecientes como se mencionó anteriormente a los Institutos Nacionales de Salud, (IMSS, e ISSSTE), a los organismos descentralizados y a los hospitales privados, para cursar su especialidad. Dichas Unidades Receptoras de Residentes, tienen acuerdos de colaboración con las principales universidades del país, para llevar a cabo la instrumentación de los planes y programas de estudio a fin de garantizar una adecuada calidad académica en los cursos de formación de los médicos residentes.

El actual sistema de residencias médicas se originó gracias al Decreto Presidencial de fecha 18 de octubre de 1983, cuando se creó la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, que instituyó el Sistema Nacional de Residencias Médicas como hoy lo conocemos, con el propósito de que los organismos de salud y las instituciones de educación superior se interrelacionaran para coordinar todo lo relativo a la formación de médicos especialistas.

Nuestra Ley Federal del Trabajo no proporciona una definición del Sistema Nacional de Residencias Médicas, es la Norma Oficial Mexicana para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas (NOM-090-SSA1-

1994)²⁸, de la que haremos especial análisis en el Capítulo 3 de la presente investigación, la que aporta el concepto del Sistema Nacional de Residencias Médicas:

El Sistema Nacional de Residencias Médicas: es el conjunto de dependencias y entidades del Sistema Nacional de Salud y del Sistema Educativo Nacional que intervienen en la formación, capacitación y desarrollo del personal para la atención de la salud y que, a través de mecanismos de coordinación de acciones, tiene por objetivo la formación de especialistas en el campo de la Medicina.

Para dar un marco de referencia más amplio es conveniente señalar que si bien antes de la creación de Sistema Nacional de Residencias Médicas ya se impartían la mayoría de las especialidades actuales y ya había convenios entre las instituciones receptoras de residentes y las principales universidades del país, no existía una uniformidad en los planes de estudio, ni en la duración de los programas y en los contenidos académicos, además de no haber un método de selección de aspirantes justo y transparente que coordinara la oferta de plazas de residencia y el número total de solicitantes. Actualmente aunque todavía hay rezagos y deficiencias al respecto el sistema nacional de residencias se ha convertido en un órgano que coordina y da transparencia a un proceso tortuoso en el cual existe una gran demanda de plazas para realizar una especialidad médica y un número reducido de oportunidades para lograr colocarse dentro del sistema de capacitación para una especialización.

1.8 Capacitación y adiestramiento

La palabra capacitación según el diccionario Sopena de la Lengua española se refiere a “la acción y efecto de capacitar”²⁹ y siguiendo nuestra

²⁸ www.salud.gob.mx. 26 de agosto de 2008, 13:00 hrs

disertación en la misma fuente encontramos la definición de capacitar como: “Hacer a uno apto, habilitarle para algo, o también facultar a una persona para realizar algo”³⁰; como podemos observar la capacitación es un proceso íntimamente ligado al trabajo ya que en esta época de tecnificación donde los procesos productivos se modernizan continuamente es imposible pensar en cualquier actividad humana donde no se necesite de una capacitación constante. Por ende la medicina no escapa a este continuo proceso de modernización y por lo tanto todo profesional de la salud se encuentra obligado a llevar a cabo un proceso de capacitación constante.

Volviendo a la misma fuente el adiestramiento se define como “la acción y efecto de adiestrar ó adiestrarse”³¹ y la palabra adiestrar se encuentra definida como “hacer diestro” y se utiliza como sinónimo de: enseñar, instruir, guiar ó encaminar³². Por lo tanto podemos apuntar que los conceptos de capacitación y adiestramiento se refieren a la acción de instruir a alguien ó algo para realizar una tarea específica, y nuestra legislación se refiere a uno u otro de manera indistinta, sin embargo en el uso corriente del español en México la palabra adiestramiento se utiliza mucho para designar al entrenamiento que se lleva a cabo en animales que ayudan ó sirven al hombre. Cosa contraria a lo que se observa en el área médica donde el adiestramiento se considera una pieza fundamental de las actividades profesionales.

Por otra parte en el marco de nuestro derecho positivo en el año de 1977, tuvo lugar un hecho trascendente en el cual se aprobó una reforma a las fracciones XII y XIII del apartado A del artículo 123 constitucional, para elevar a rango constitucional la capacitación y adiestramiento para el trabajo, y dejar sin efecto al entonces contrato especial de aprendizaje que figuraba en la Ley de

²⁹ ALEMANY Y BOLUFER J Nuevo Diccionario Ilustrado Sopena de la Lengua Española, Ramón Sopena S.A. España 1968.p.224

³⁰ Ídem

³¹ Ibídem, p. 41

³² Ídem

1931. Actualmente en la fracción XIII del citado artículo 123 constitucional de Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, leemos:

XIII. Las empresas, cualquiera que sea su actividad, estarán obligadas a proporcionar a sus trabajadores, capacitación o adiestramiento para el trabajo. La ley reglamentaria determinará los sistemas, métodos y procedimientos conforme a los cuales los patrones deberán cumplir con dicha obligación.

Sin embargo aunque nuestra carta magna lo establece en la práctica, pocas veces se lleva a cabo, ya que la generalidad es que pocos son los patrones que realmente llevan a cabo este mandato. Además de que por virtud de la entrada en vigor de este ordenamiento, se acabó con la figura del aprendiz, la cual antaño consistía en que un trabajador podía ser admitido con esta calidad, para ir aprendiendo bajo la supervisión de uno ó varios maestros, un oficio ó técnica, con un sueldo diferente al de los demás trabajadores oficiales, deberes y responsabilidades acordes a sus capacidades, pero como el maestro Santiago Barajas Montes de Oca señala; “el aprendiz ha desaparecido en nombre pero no en la realidad, y si antes fue motivo de explotación el trabajo que realizaba, actualmente, bajo el pretexto de la libre contratación, se le desconocen los más elementales derechos.” Y agrega; “la solución, infortunadamente, no la han dado ni la capacitación ni el adiestramiento que años después de la promulgación de la ley vigente se instauraron con carácter nacional. La una y el otro no han resuelto el problema del ingreso al trabajo de una multitud de jóvenes sin empleo; han permitido la especialización del obrero ya ocupado; y han cuidado la calidad de la enseñanza a recibir; pero no han hecho desaparecer el aprendizaje tal y como se practica universalmente y ha sido admitido en todas las legislaciones. Los males que produjera un servicio mal reglamentado no los ha corregido la eliminación de una reglamentación que sólo requería ampliarse y mejorarse.”³³

³³ BARAJAS MONTES DE OCA, Santiago, Los Contratos Especiales de Trabajo, op. cit. p. 63.

Como podemos observar la capacitación, el adiestramiento son engranes fundamentales de los fenómenos productivos y de crecimiento social y conllevan a realidades prácticas que impactan de manera importante las relaciones de trabajadores y patrones, además dependiendo de sus interacciones pueden tener repercusiones positivas o negativas para los involucrados y nuestra sociedad.

1.9 Práctica y aprendizaje

El proceso fundamental del aprendizaje es la imitación, es decir la repetición de un proceso observado. La imitación toma tiempo para que se perfeccione y ameritará de inteligencia ya que hay que prestar atención a los detalles, y pone en juego habilidades de lo que llamamos práctica para consolidar el proceso de aprendizaje.

Según la enciclopedia virtual Wikipedia “el aprendizaje se define técnicamente como “un cambio relativamente estable en la conducta del sujeto como resultado de la experiencia, producidos a través del establecimiento de asociaciones entre estímulos y respuestas mediante la práctica.”³⁴

En el ser humano, la capacidad de aprendizaje ha llegado a constituir un factor que sobrepasa a la habilidad común de otras especies, consistente en un cambio conductual en función de nuestro entorno. En efecto, a través de la continua adquisición de conocimiento, la especie humana ha logrado hasta cierto punto el poder de independizarse del medio ambiente e incluso de modificarlo según sus necesidades. El desarrollo de la agricultura y la ganadería en un primer momento, junto con la revolución industrial y el impulso de las nuevas tecnologías en una etapa posterior han sido a priori los principales pilares en los que se basa nuestra sociedad actual.

³⁴<http://wikipedia.org/w/index/aprendizaje>. 29 de agosto de 2008, 13:00 hrs

Enseñar desde una perspectiva muy general, es comunicar algún conocimiento, habilidad o experiencia a alguien con el fin de que aprenda, empleando para ello un conjunto de métodos y técnicas. El Modelo de transmisión de conocimientos tradicional, concibe la enseñanza como una actividad artesanal y al profesor como un artesano, donde su función es explicar claramente y exponer de manera progresiva, mientras el alumno recibe un acervo de datos y realiza una serie de prácticas con la finalidad de consolidar en su mente los conocimientos adquiridos.

Por lo anterior podemos concluir que el aprendizaje no es la mera transmisión de conocimientos que al final se resumen en una acumulación de saber, es comprender lógicamente la estructura de la materia que se transmite, un fenómeno que se refuerza con la comprensión por medio de los sentidos, es decir por medio de la práctica.

La práctica es fundamental para el aprendizaje ya que desarrolla el sentido crítico de la persona, afianza el conocimiento y gracias a ello reflexionando sobre la experiencia se puede profundizar sobre las investigaciones, explorando nuevos métodos y técnicas en las actividades que se desarrollan en un área particular de las actividades humanas.

En el marco del Derecho del Trabajo en México y volviendo con las ideas de Santiago Barajas Montes de Oca y a fin de vincular el rubro anterior con nuestro tema de estudio, el autor señala que en México la ley de 1931 definió y reglamentó el aprendizaje en uno de los pocos capítulos de trabajos especiales que contuvo. El artículo 218, señala el autor, definía el aprendizaje como “el contrato por virtud del cual una de las partes se compromete a prestar

sus servicios personales a otra, recibiendo a cambio enseñanza en un arte u oficio y la retribución convenida.”³⁵

Al suprimirse en la ley de 1970 el contrato de aprendizaje, debido a que en múltiples situaciones se permitió con el pretexto de la enseñanza el pago de salarios inferiores, se pensó, señala Montes de Oca, que las prácticas irregulares desaparecerían. Sin embargo, agrega; bien pronto se admitió la necesidad de un régimen legal que protegiera al joven o al trabajador que se encontraba aprendiendo un oficio.

En ese sentido, el autor de Contratos Especiales de Trabajo, apunta que pocos años después se agregó un capítulo complementario que comprende de los artículos 153-A a 153-X de la Ley Federal del Trabajo vigente, en el que se transforma en general, el derecho de los trabajadores a recibir capacitación y adiestramiento en el trabajo para elevar su nivel de vida y productividad. De común acuerdo, comenta Barajas Montes de Oca, patronos y sindicatos formularán planes y programas de enseñanza práctica, revisados y aprobados por la Secretaría del Trabajo, que en el fondo guardan afinidad con el antiguo aprendizaje. Si se toma en consideración la naturaleza jurídica de la capacitación y el adiestramiento al igual que el aprendizaje, parten del concepto social de empresa, que impone deberes comunitarios a esta en beneficio de los trabajadores y de la sociedad. Asimismo, se requiere un acuerdo previo obrero patronal independiente de la retribución del trabajo.³⁶

Como consideraciones finales de este capítulo podemos resumir que un médico egresado de la universidad, con título y cédula para ejercer la medicina a nivel general, en el caso de que desee realizar estudios de postgrado en alguna rama de la medicina debe de realizar un proceso denominado residencia médica. El objetivo de la residencia médica es brindar enseñanza y

³⁵ BARAJAS MONTES DE OCA, Santiago, Los Contratos Especiales de Trabajo op. cit. p. 76 - 77.

³⁶ *Ibíd*em, p. 79

adiestramiento a un médico residente con el fin de que este adquiriera los conocimientos y habilidades que lo conviertan en un especialista; es decir un médico altamente capacitado en un área de la medicina cuya labor es indispensable para nuestra sociedad. Las residencias medicas se organizan por medio del Sistema Nacional de Residencias Medicas y se llevan a cabo en una Unidad Medica Receptora de Médicos Residentes, la mayoría de las unidades medicas donde se realizan estudios de especialización pertenecen a entidades públicas, siendo el Instituto Mexicano del Seguro Social por su tamaño y cobertura la institución más importante a nivel nacional que más médicos residentes prepara.

A pesar de que en primera instancia podríamos pensar que los médicos residentes por estar en un periodo de aprendizaje y capacitación para realizar una especialidad deberían ser considerados como estudiantes, nuestra Ley Federal del Trabajo en el artículo 353 los sitúa como sujetos (trabajadores) de una relación de trabajo especial, circunstancia que fue motivada por razones históricas como podremos observar en el desarrollo del siguiente capítulo.

CAPÍTULO 2

ANTECEDENTES DE LAS RESIDENCIAS PARA HACER UNA ESPECIALIDAD MÉDICA

Para adquirir un panorama objetivo de nuestro tema de investigación, en este capítulo llevaremos a cabo una breve reseña histórica de cómo, la visión social de la medicina aunada a los avances científicos y técnicos, influyeron tanto en la manera de llevar a cabo el tratamiento de las enfermedades, como en la forma de practicar la educación de los médicos. Aunque los antecedentes de las escuelas médicas pueden remontarse a un pasado muy remoto, para fines prácticos nosotros estudiaremos este fenómeno a partir del surgimiento de las primeras concepciones científicas y de cómo estas han evolucionado a la par de la tecnología para llegar a formar la ciencia médica contemporánea con sus múltiples especialidades. Además también analizaremos cómo esas tendencias para ejercer y enseñar la medicina llegaron a nuestro país a principios del siglo XX, y cómo en conjunto con los factores económicos, políticos y sociales del México post revolucionario evolucionaron para formar el actual sistema nacional de residencias médicas.

2.1 Breve reseña de la especialización de la medicina a nivel internacional.

La historia de la Medicina, como la historia del Derecho cuenta con un sinnúmero de autores y fuentes potenciales, pero nos concretaremos a precisar las tendencias médicas y educativas más importantes, relacionadas con el surgimiento de las especialidades médicas. Para el desarrollo de este objetivo hemos seleccionado como fuente principal a la obra "Historia de la Medicina" de José Babini. De acuerdo con este autor, la historia de la medicina refleja una variedad de cuestiones; tanto las referidas a los progresos realizados en la propia medicina, mediante el análisis de teorías y métodos, de escuelas y figuras, como también la influencia del medio social y cultural sobre el arte de curar, a través de la concepción que cada tiempo y lugar tuvo del enfermo y de

la enfermedad; del papel asignado al médico y de la misión confiada a la medicina.

A decir del autor José Babini, la medicina científica es contemporánea con la ciencia por antonomasia, esto es, nace cuando el pensamiento riguroso toma conciencia de ser un saber especial, de caracteres propios; un saber que asume la responsabilidad de someterse a pruebas de verificación y criterios de verdad objetivos. Los primeros atisbos de la medicina como un saber científico, agrega Babini, nacen con los primeros intentos de un saber natural; es decir, de un conocimiento de la naturaleza y de sus fenómenos que prescinde de factores mágicos o religiosos, intentos que se iniciaron desde los esfuerzos intelectuales de los filósofos griegos del siglo VI antes de Cristo, pues aunque los filósofos de Mileto; Tales, Anaximandro y Anaxímenes, así como Heráclito de Efeso no se ocuparon en especial de la medicina, el nuevo espíritu con que impregnaron sus especulaciones acerca de la realidad y su manera de observar a los fenómenos naturales influyó sin duda en las mentes interesadas y preocupadas por el problema de la salud y de la enfermedad.³⁷

También debemos mencionar que gracias a los antiguos romanos contamos con una importante contribución a la medicina, la cual recayó principalmente sobre los aspectos vinculados con la enseñanza, la organización de los servicios sanitarios y de la salud pública, Pues las necesidades de sus guerras de conquista los obligaron a disponer de médicos prácticos y de cirujanos militares por lo cual instituyeron para su formación, las primeras escuelas médicas oficiales que funcionaron hasta los primeros siglos cristianos. Además los romanos llevaron a cabo la fundación de las primeras enfermerías de tipo militar, y para enfermos pobres, que darán origen más tarde a los primeros hospitales.³⁸

³⁷Cfr. BABINI, José, Historia de la Medicina, segunda edición, Editorial Gedisa, España, 2000, p. 25-27.

³⁸ Cfr. *Ibíd*em, p. 39-44

Después de la caída del Imperio Romano y durante la edad media mientras que en occidente las actividades científicas y médicas van decreciendo hasta llegar a un largo período de estancamiento, en el cual los médicos del mundo latino se enclaustran en los conventos. Se da una etapa histórica donde la medicina se asocia a la religión sobre la base de una concepción mística de la salud y de la enfermedad, en la cual para el cristiano occidental sólo el alma y las enfermedades del alma interesan, el médico y los medicamentos pasan a ser recursos auxiliares secundarios. Durante la edad media en ese clima de estancamiento, José Babini apunta que las categorías sociales de los profesionales del arte de curar se volvieron inamovibles: en la cumbre figuraban los médicos doctores con su título universitario, quienes recetaban, daban clase, escribían y se consultaban entre sí, exclusivamente en latín; seguían las parteras con su monopolio de la obstetricia, excepto en las altas esferas donde los partos eran atendidos por médicos; venían luego los cirujanos, carentes de formación académica, que hablaban en vulgar y a los que se tenía por ignorantes; y finalmente los maestros barberos, que extraían muelas, operaban la catarata y realizaban cirugías menores.³⁹

Mientras tanto en Oriente se advierte un desarrollo creciente del saber médico, basado en un inicio en la traducción de obras médicas derivadas de las culturas griega e hindú y posteriormente con la producción de obras originales, se trata del nacimiento de la llamada “ciencia árabe” que durante la edad media se mantendría a la vanguardia de la investigación y tendría una marcada influencia en la medicina de occidente.⁴⁰

Al final de edad media con los cambios en el modo de producción y el surgimiento de las universidades, estas facilitaron la formación de médicos, cuyo número aumentó considerablemente, sin llegar, empero, a la

³⁹ Cfr. *Ibíd.*, p. 45-47

⁴⁰ Cfr. *Ibíd.*, p. 49-55

especialización. El gran cambio se vio reflejado en las materias y los contenidos académicos que habían variado muy poco durante los últimos siglos, pues conceptos muy antiguos manejados desde las épocas de Hipócrates y Galeno seguían siendo vigentes, y el modelo de médico donde la figura del maestro traía aparejado el nulo cuestionamiento de los discípulos respecto de lo que se les enseñaba comenzó a dar paso a la aplicación del método científico mediante el cual los estudiantes ya no se concretaban a “escuchar”, sino a cuestionar la veracidad de los conocimientos o la eficacia de los tratamientos. En esa virtud, universidades como la de Padua, Oxford, Cambridge y la Sorbona, fincaron en este método sus programas académicos, lo cual gestó la estructura científica y académica mundial que conocemos en nuestros días. Podemos concluir que hubo un resurgimiento de la cultura en donde los filósofos, humanistas, y astrónomos, eran, además, médicos, y los médicos eran, además, filósofos, humanistas y astrónomos, a esta etapa histórica se le conoce como el renacimiento.⁴¹

El renacimiento dio paso a lo que se ha dado en llamar la etapa de la revolución científica, que va desde el Discurso del método de Descartes (1637) a los Principios de Newton (1687). José Babini lo caracteriza como un siglo de nuevas concepciones acerca del pensamiento y de la ciencia, donde el método experimental y la incorporación de instrumentos para la comprobación de las hipótesis marcaron el camino de la investigación científica.⁴²

Este período marco el surgimiento de las ciencias básicas puras, como las matemáticas, la astronomía, la física, la química, y la biología las cuales a su vez impulsarían de una manera extraordinaria la concepción, métodos de investigación y de enseñanza de la medicina; poco a poco de manera acumulativa fueron surgiendo los conocimientos científicos que llegarían a la obtención de teorías trascendentales de la biología y cambiarían para siempre

⁴¹ Cfr. *Ibíd.*, p. 57-81

⁴² Cfr. *Ibíd.*, p. 83

la manera como se llevaba a cabo la enseñanza medica: la teoría celular de la formación de los seres vivos, el descubrimiento de los microbios como productores de enfermedad y la teoría de que las características de los seres vivos se deben a la herencia y a la adaptación al medio ambiente, marcan un hito en la concepción de la salud y la enfermedad. Para los primeros años de siglo XIX los médicos adquirieron el prestigio social y profesional de pertenecer al gremio científico, se crearon academias y colegios profesionales en las principales ciudades que en ocasiones competían por alcanzar una meta en particular o en otras colaboraban para enfrentar un problema común. Por primera vez en la historia de la humanidad la ciencia alcanza a tener una interrelación mundial y sus logros carentes de afán de lucro se ponen al servicio de la humanidad en general.⁴³

En este periodo se consolidan los factores que constituyen las bases de la ciencia médica actual, los cuales podemos resumir en los siguientes puntos:

- Por un lado la extraordinaria fecundidad lograda en el campo de la biología y el advenimiento de teorías le confieren categoría científica;
- El constante desarrollo de ciencias afines como la física la química, las cuales le brindan un gran impulso y
- Con medidas de carácter colectivo, como la cuarentena, el conocimiento del agente etiológico y los factores favorecen la diseminación de la enfermedades fue posible por ejemplo, controlar la epidemia de peste bubónica que afectó en esa época a varios países europeos. Acciones similares se tomaron en contra de enfermedades epidémicas como el cólera, la fiebre amarilla y el paludismo.

⁴³ Cfr. *Ibíd.*, p. 84-86

Una especialidad muy antigua que toma cuerpo en el siglo XIX y que por nuestro tema de estudio adquiere considerable importancia por la índole social que sintetiza, es la epidemiología, cuyo progreso como rama científica se da gracias a investigaciones, de institutos especiales como el de Munich, fundado en 1866. La creciente preocupación social por la salud pública y el surgimiento de una conciencia mundial en favor de la ciencia que ayuda a resolver problemas de tipo social, llega a fines de siglo XIX a encarnar en Pasteur el icono de la medicina como benefactora de la humanidad.⁴⁴

De esta manera los avances de la ciencia y la técnica impactaron en el ámbito social produciendo según el autor Heinz Schott, que la mayoría de los gobiernos de esa época plasmaran sus preocupaciones al respecto en legislaciones sanitarias cada vez más abundantes y eficaces que contemplaron la creación de:

- Organismos oficiales consagrados al mejoramiento de la salud pública y a la lucha contra las epidemias;
- El establecimiento de seguros contra la enfermedad, la fundación de maternidades y dispensarios;
- La prevención de los accidentes de trabajo, la protección de la niñez, de la vejez y de la invalidez.⁴⁵

Además de dichas legislaciones sanitarias se derivó la aplicación científica de planes y programas que dieron como frutos el control de enfermedades contagiosas de una alta mortalidad, como la viruela, la difteria, y la tuberculosis; por medio de vacunas y de la puesta en marcha de programas

⁴⁴ Cfr. *Ibíd.*, p. 83-121

⁴⁵ Cfr. SCHOTT Heinz, Arthur Klein et al. *Crónica de la Medicina*. tercera edición, Editorial Intersistemas México 2003 p. 340-342

de mejoramiento sanitario que a su vez produjeron un aumento a nivel mundial de los promedios de vida humanos en la mayoría de las sociedades avanzadas.

Así pues, José Babini señala que gracias a todo este cúmulo de conocimientos gestados a través de siglos de evolución aparecieron las especialidades médicas como la microbiología, que a su vez se subdividió en parasitología, bacteriología y micología que contribuyeron de una manera decisiva al estudio y tratamiento de las enfermedades transmisibles, este desarrollo no hubiera sido posible a no ser por la invención y utilización del microscopio, este gran invento también fue fundamental para el nacimiento de la histología, la citología y la patología, que ayudaron a ampliar los conocimientos de la anatomía y la fisiología. Los descubrimientos de los agentes patógenos fueron aumentando, a razón de uno por año durante las dos últimas décadas del siglo XIX, y con ritmo algo menor en el siglo XX.⁴⁶

Por lo que respecta a la clínica médica, José Babini señala que se vio reforzada por una serie de nuevos instrumentos y recursos: la termometría clínica encuentra un sistematizador en Wunderlich, con su tratado de 1868; hacia fines de siglo aparecen distintos modelos de manguito neumático para medir la presión arterial que encuentran su perfeccionamiento con el de Riva-Rocci, en 1896; el método actual de usar el estetoscopio, corresponde a las investigaciones de Korotokov que lo describió en 1905; la punción lumbar hace su aparición en 1891 en forma independiente en Inglaterra y en Alemania; el estudio de los grupos sanguíneos, que hizo posible las transfusiones sin peligro, se debe a Landsteiner (Premio Nobel en 1930) que los dio a conocer en 1900; y otro avance, la transfusión mediante sangre citratada fue introducida por Agote en 1914.⁴⁷

⁴⁶ Cfr. BABINI, José, Historia de la Medicina op.cit. p. 113-117

⁴⁷ Cfr. Ibídem, p. 123-126

Continuando con la reseña histórica, el citado autor apunta en relación con los avances en el campo de la cirugía que a mediados de siglo XIX, los dos acompañantes obligados de toda intervención quirúrgica seguían siendo el dolor y las infecciones postoperatorias, con frecuencia mortales. Como sabemos, es a finales del siglo XIX cuando la anestesia se difunde por Europa, donde se inicia con el uso del cloroformo; en 1884 se practica la anestesia local con cocaína y desde entonces los progresos de la anestesiología son incesantes. Por otra parte los descubrimientos de la asepsia y antisepsia redujeron notablemente el índice de muertes por infecciones postoperatorias sin embargo pasaría mucho tiempo aún para el descubrimiento de los antibióticos.⁴⁸

Asimismo, a finales de dicho siglo, un descubrimiento derivado de las investigaciones en el campo de la física produciría una gran contribución en materia médica, el descubrimiento de los rayos X por Roentgen en 1895, de inmediato encontró aplicaciones prácticas en el campo del diagnóstico y de tratamiento de enfermedades. La radiología actualmente conocida como medicina de imagen, en 1897 introduce la técnica de la fluoroscopia que se sigue usando actualmente, y al año siguiente Cannon utiliza productos de bismuto, los cuales toman el nombre de radiografías contrastadas para observar las características del estómago, extendiéndose el método para el estudio de otros órganos; posteriormente en el siglo XX aparece la tomografía (1933) que cobrara nuevo impulso con el desarrollo de las computadoras en la década de los cincuentas, el ultrasonido y la resonancia magnética son también avances médicos fruto de la cooperación entre la física y la medicina.⁴⁹

Derivada de los avances científicos y tecnológicos, la forma en que se enseñaba la medicina, también experimento cambios profundos, la cantidad de

⁴⁸ Cfr. *Ibíd.*, p. 125

⁴⁹ Cfr. *Ibíd.*, p. 126

conocimientos médicos tuvo un enriquecimiento tan grande que hizo virtualmente imposible que una sola persona dominara todo ese gran cúmulo de conocimientos por lo cual la respuesta científica obvia fue el surgimiento de más especialidades que se conjuntaban para poder enfrentar de mejor manera problemáticas más complicadas, el médico clínico y el cirujano general, fueron gradualmente sustituidos por los médicos y cirujanos especialistas. Se fundaron las cuatro especialidades básicas de los sistemas de salud a nivel internacional, la pediatría, la gineco-obstetricia, la medicina interna y la cirugía, a las cuales se fueron adicionando de manera gradual la cardiología, la neurología, la gastroenterología, la neumología, la urología, oftalmología etc., surgiendo una especialidad para cada órgano o sistema del cuerpo humano, además también se crearon las especialidades de las diferentes etapas de la vida del ser humano, la perinatología, la gerontología y la medicina de urgencias, y las especialidades de apoyo para el diagnóstico y tratamiento como la mencionada medicina de imagen, la anestesiología, la medicina nuclear, la medicina física y de rehabilitación. Y las subespecialidades donde se combinan las destrezas de dos especialidades como la neurocirugía, o la cirugía cardiovascular.⁵⁰

Al igual que los avances científicos y tecnológicos no se detienen, el desarrollo y la creación de especialidades médicas más complejas sigue a pasos agigantados. Actualmente podemos mencionar como algunas de las especialidades más recientes a la algología que se enfoca en el tratamiento del dolor crónico e incurable, a la cirugía robótica basada en el uso de instrumental médico robotizado que disminuye de manera considerable las fallas humanas, a la radiología intervencionista en la cual se utiliza a las radiaciones ionizantes para la destrucción de tejidos enfermos, y la medicina genómica que manipula la estructura del ADN para curar enfermedades no tratables hace unos años, estas son algunas de las especialidades más

⁵⁰ Cfr. *Ibíd.*, p. 123-126

recientes que seguramente en pocos años serán seguidas por otras más tecnificadas.

2.2 La especialización de la medicina en México hasta 1950.

Los avances médicos y la concepción que de la medicina a nivel internacional se tenía en el siglo XIX, así como del surgimiento de las especialidades médicas, se dieron principalmente en los países avanzados de Europa y en los Estados Unidos. Ello fue así gracias a su desarrollo en ámbitos como el educativo, el de la industria, la política y la economía, producto de las innovaciones que trajo consigo la Revolución Industrial y el período histórico posterior conocido como Modernidad.

En el caso de América Latina, y concretamente de nuestro país, si bien se produjeron avances médicos, éstos fueron más bien modestos. No hay que olvidar que dentro del espacio histórico de cual hablamos se llevó a cabo la Revolución Mexicana de 1910, la cual provocó un estancamiento generalizado, si no un retroceso en casi todas las ramas de la industria, la economía y la ciencia.

En ese sentido, conviene mencionar que pese a este escenario desfavorable los avances científicos y médicos fueron recogidos e incorporados a nuestra legislación a través de una naciente rama del derecho; la Seguridad Social que fue nutrida de manera natural por los conocimientos sobre salubridad e higiene, pues México no fue ajeno a dicho movimiento que conjuntaba a las ciencias jurídica y de la salud, cuyos frutos podemos resumir en los siguientes apartados:

a) creación de organismos oficiales enfocados al mejoramiento de la salud pública y a la lucha contra las epidemias

b) creación de institutos de salud gubernamentales, de maternidades y dispensarios para beneficio de los grupos económicamente débiles de la sociedad.

c) elaboración de una legislación laboral y de previsión social que tendía a la prevención de los accidentes de trabajo y demás cuestiones propias de la seguridad social.⁵¹

Para abundar más al respecto Ricardo Pozas Horcasitas en su obra –La Democracia en Blanco nos brinda una exposición de los referidos avances que en materia salud y seguridad social se dieron en México en la primera mitad del siglo XX.

“Terminada la Revolución de 1910, señala el autor, México experimentó como parte de la expansión urbano-industrial una rearticulación institucional. Inmersos en dicha expansión estaban los médicos, adscritos a las instituciones de seguridad social del Estado. Como actores sociales que eran, los médicos ocupaban una posición social específica: la de proporcionar seguridad médica al proletariado industrial, a los trabajadores al servicio del Estado y, en menor medida, a los sectores sociales sin capacidad económica para procurarse los servicios médicos de manera privada y que; al mismo tiempo, no formaban parte de ninguna de las dos primeras categorías sociales.”⁵²

En ese sentido, comenta el autor, la demanda de servicios de salud que se expresó en la vida política y en las luchas sociales de México, fueron respondidos por el proyecto de la nueva Constitución General de la República de 1917, principalmente en el artículo 123, dedicado a los derechos laborales, el cual expresa el modelo de relación social que pretendía el régimen en

⁵¹ Cfr. POZAS HORCASITAS, Ricardo, La Democracia en Blanco. El Movimiento Médico en México: 1964-1965, Siglo Veintiuno Editores, México 1993, p. 38.

⁵² Cfr. *Ibíd*em, p. 37

formación. En la fracción XIV de este artículo constitucional, apunta Pozas Horcasitas, se afirma:

“Los empresarios serán responsables de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales de los trabajadores, sufridas con motivo o en ejercicio de la profesión; por lo tanto, los patrones deberán pagar la indemnización correspondiente, según que haya traído la muerte o simple incapacidad temporal o permanente para trabajar; de acuerdo con lo que las leyes determinan. Esta responsabilidad subsistirá aún en el caso de que el patrón contrate el trabajo por un intermediario.”⁵³

Para 1921, siguiendo con la exposición de Pozas Horcasitas; con la consolidación del régimen caudillista (1920-1924), a cuya cabeza estaba el general Álvaro Obregón, se formularía un proyecto de seguridad social, según el cual, el Estado crearía un impuesto (equivalente a 10% del salario percibido por los trabajadores), pagadero por los patrones, y con el que se iría formando una reserva económica administrada por el Estado para cubrir tanto indemnizaciones por accidentes de trabajo, jubilaciones por vejez, seguros de vida y derechos a compensaciones salariales.⁵⁴

En 1926, durante el gobierno del general Plutarco Elías Calles (1924-1928), fue elaborada la Ley de Pensiones Civiles de Retiro, con ella, nos comenta el autor, tanto los funcionarios y empleados de la federación como los de los gobiernos del Distrito Federal, estados y territorios federales, obtuvieron el derecho a ser pensionados después de haber cumplido 55 años o estar imposibilitados para trabajar.⁵⁵

⁵³ Cfr. *Ibídem*, p. 40

⁵⁴ Cfr. *Ibídem*, p. 46

⁵⁵ Cfr. *Ibídem*, p. 51

Fue en 1931, durante la presidencia de Pascual Ortiz Rubio, que se expidió la Ley Federal del Trabajo. En ella, se confirmaban los derechos fundamentales de los trabajadores proclamados desde 1917. Sin embargo, señala Pozas Horcasitas, no se ejercieron acciones concretas debido, fundamentalmente, a las limitaciones impuestas por la gran depresión (1929-1934), que afectó profundamente a la estructura industrial mexicana y convirtió las luchas de los trabajadores fabriles en una desesperada batalla por la conservación del empleo.⁵⁶

En el México del período 1929-1934, el derecho laboral, refiere el autor, no era más que una reglamentación entre los dos actores de la producción, un objetivo por alcanzar tanto para las organizaciones laborales como para las corrientes de la ortodoxia revolucionaria en el grupo gobernante.⁵⁷

Fue a partir del gobierno cardenista (1934-1940), señala Pozas Horcasitas, cuando empezaron a crearse las condiciones necesarias para realizar el proyecto de seguridad social. En ese entonces, la extensión de las prestaciones y servicios a los trabajadores era un indicador del nivel de desarrollo en las relaciones laborales. Y agrega en términos generales, las condiciones que conformaron el cuadro del desarrollo de la seguridad social fueron:

a) un proceso de modernización y crecimiento económico, con la consecuente ampliación y diferenciación de la planta industrial, lo cual dio lugar a un proletariado altamente estratificado y que vio cumplidas sus demandas de beneficios sociales al trabajo;

b) la creación de organizaciones empresariales y una reagrupación moderna y eficiente en cámaras; y

⁵⁶ Cfr. *Ibíd.*, p. 54

⁵⁷ Cfr. *Ibíd.*, p. 57

c) la modernización en las funciones de los aparatos de Estado, hecho que entrañó una diferenciación y especialización de las actividades individuales en una estructura institucional cada vez más compleja y amplia.⁵⁸

En este punto, Pozas Horcasitas señala hechos fundamentales en la política laboral seguida por Cárdenas: las juntas de conciliación y arbitraje dictaron en las huelgas los fallos mayoritariamente a favor de los trabajadores; se llevó a cabo el reparto masivo de tierras; se creó el Estatuto de los Trabajadores al Servicio del Estado y se fundó el Partido de la Revolución Mexicana, con lo que se institucionalizó la tutoría social del Estado sobre las clases subordinadas mediante su encasillamiento en sectores, proceso de reformas sociales que culminó con la expropiación petrolera en 1938, aunada a la nacionalización de los ferrocarriles.⁵⁹

No obstante los avances, señala el autor, la eventual expedición de la Ley del Seguro Social agudizaría los enfrentamientos ya existentes con los sectores empresariales, los cuales, hacia el final de ese gobierno, tenían una amplia base de sustentación social en los sectores medios urbanos antipopulistas y en amplias capas sociales de pequeños propietarios radicalizados.⁶⁰

Es durante el mandato del general Ávila Camacho en el que se crea la Ley del Seguro Social; el 23 de diciembre de 1942, La Cámara de Diputados aprobó el proyecto de ley y el 19 de enero de 1943, una vez aprobada por la Cámara de Senadores, dicha ley apareció en el Diario Oficial de la Federación.⁶¹

⁵⁸ Cfr. *Ibíd.*, p. 58-62

⁵⁹ Cfr. *Ibíd.*, p. 70

⁶⁰ *Ídem*

⁶¹ Cfr. *Ibíd.*, p. 76

Es preciso señalar, comenta Pozas Horcasitas, dos hechos importantes que constituyen un marco de referencia en la creación del Seguro Social. El primero de ellos es el inicio de la socialización de la medicina y la paulatina creación de una burocracia médica. En 1948, los médicos integraban más de la mitad de los 5,317 empleados de dicha institución. El otro factor importante son las reacciones a la ley.⁶²

Por lo que respecta a éstas últimas, el autor señala que en torno a la Ley del Seguro Social se expresaron una diversidad de intereses sociales que cubrían a los patrones y a los obreros, sin dejar de pasar por los médicos.

Es en este punto de la diversidad de intereses en el que sucede un momento de inflexión en la vida social de los médicos. Al respecto, el autor de *La Democracia en Blanco* señala que aunque informalmente los sindicatos y las cooperativas médicas se opusieron a la implantación del seguro social, en enero de 1944 el Sindicato de Médicos Cirujanos del Distrito Federal envió a la Cámara de Diputados un proyecto de reforma a la Ley del Seguro Social, en el que pedían el cambio en la integración del Consejo Técnico de la Institución, ya que las actividades de este organismo debían ser realizadas, fundamentalmente, por médicos, y estaba integrado por funcionarios, obreros y patrones. Por tal razón, los médicos del sindicato solicitaron la inclusión de un grupo de sus representantes en el Consejo Técnico.⁶³

Un mes después, el Sindicato de Médicos Cirujanos envió al presidente de la República y al Senado un memorándum en el que se afirmaba: “los médicos piden que se les dé participación directa en el manejo del seguro y no ser tratados como simples asalariados, ya que ellos eran elementos intelectuales y no trabajadores de industria”. El 3 de abril de 1944, acota Pozas Horcasitas, se publicaron en algunos periódicos los “siete puntos básicos de

⁶² Ídem

⁶³ Cfr. *Ibíd.*, p. 79

oposición al Seguro”. El documento había sido redactado por la Unión de Profesionales de la Medicina, la cual protestaba por la exclusión del sector médico del seno del Consejo Técnico por no considerar al médico un empleado del Instituto (por sus salarios demasiado bajos) y porque la institución no estaba preparada para atender a los trabajadores asegurados. Con base en lo anterior, pedían la modificación de la Ley del Seguro Social, así como el aplazamiento de su fundación, demandas que no fueron escuchadas.⁶⁴

En el mes de junio de 1945, relata Pozas Horcasitas, el Sindicato Nacional de Médicos Cirujanos de la República Mexicana convocó a sus agremiados a una convención extraordinaria a fin de tratar, entre otros, los siguientes problemas: el mejoramiento de los servicios médicos del IMSS; el aumento de sueldos y las condiciones de trabajo de los médicos adscritos al Seguro; dejar que los médicos ejercieran su profesión con toda libertad; y el sistema de contratación de médicos, el horario y lo referente al “Sindicato Blanco” organizado por el gran patrón, esto es, el Seguro Social.⁶⁵

Como podemos observar esta etapa se caracteriza por una lucha entre los médicos y los factores de poder en el Instituto Mexicano del Seguro Social, para lograr un reconocimiento de sus derechos, este movimiento se fue dando a la par de la modernización del sistema de educación médica en el país que como se mencionó anteriormente fue incorporando los elementos de la ciencia médica surgidos en países desarrollados, incluyendo los esbozos del sistema de residencias médicas.

Veinte años después, en plena década de los sesentas, el ejercicio socializado de la medicina se consolidaría e impondría sus reglas de relación laboral y profesional en las instituciones de seguridad social, al mismo tiempo que prestaba servicio externo a otras. No obstante, agrega atinadamente el

⁶⁴ Cfr. Ídem.

⁶⁵ Cfr. Ibídem, p. 80

autor, el espíritu liberal del profesional latía en el seno mismo de la burocratización de los trabajadores de blanco y causaba fricción permanente. Esta tensión entre profesional liberal y empleado público fue contenida durante años hasta que estalló en el movimiento de los médicos en 1965.⁶⁶

2.3 El sistema contemporáneo de residencias médicas en México y las movilizaciones de los médicos residentes

Corresponde ahora en este rubro, hacer referencia de cómo se instituyó el actual sistema de residencias médicas y cómo se dieron diversas movilizaciones de los médicos residentes que influyeron en su instauración. Para ello nos valdremos, de nueva cuenta, de *La Democracia en Blanco. El Movimiento Médico en México: 1964-1965* de Ricardo Pozas Horcasitas, conviene hacer la precisión del porqué de nuestra elección; optamos como marco de referencia este libro por las siguientes razones vertidas en el prólogo de la obra por nuestro ex rector Juan Ramón de la Fuente:

“A casi tres décadas de haber ocurrido el movimiento médico de 1964 y 1965, Ricardo Pozas Horcasitas nos ofrece, con el rigor académico que lo caracteriza, el texto mejor documentado que hasta la fecha se ha escrito sobre el tema. El contexto del análisis es eminentemente político y laboral, áreas en las que el autor posee indiscutible autoridad, al ser uno de los más prestigiosos investigadores de las ciencias sociales en nuestro país. Pero incursiona también en algunos aspectos gremiales y de la educación superior, y sitúa el movimiento, atinadamente, como el precursor de las legítimas demandas de la sociedad civil mexicana frente al Estado Corporativo.”⁶⁷

⁶⁶ *Ibíd.*, p. 83

⁶⁷ *Cfr. Ibíd.*, p. 3.

Precisado lo anterior pasaremos al análisis de las condiciones del sistema de residencias médicas que imperaban en esa época en el país.

En el año de 1964 había en México 15,600 estudiantes de medicina repartidos en 20 instituciones: 4 facultades y 16 escuelas. La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) atendía a 7,078 estudiantes y el Instituto Politécnico Nacional (IPN) a 1,302. Esto significaba que más de 50% de los aspirantes a médicos se concentraban en el Distrito Federal.⁶⁸

En esa época, no muy distinta de la actual, la preparación en escuelas y facultades comprendía aproximadamente cinco años, al final de los cuales los estudiantes tenían que prestar el Servicio Social Obligatorio, establecido en 1936, y que, en la mayor parte de los casos, exigía su desplazamiento temporal hacia las zonas rurales. La obtención de una especialidad, nos cuenta Pozas Horcasitas, requería un esfuerzo adicional mínimo de cinco años de práctica hospitalaria. Había dos opciones: una de ellas consistía en un año de internado, uno de residencia en cirugía o en medicina interna y tres o cuatro años de residencia especializada; la otra, en lograr la enseñanza tutelar de un especialista de renombre, a cuyas órdenes directas el aspirante trabajaba un promedio mínimo de seis años. Durante su período de especialización, y aquí debemos hacer especial hincapié, los médicos no tenían derechos laborales, ya que no eran considerados trabajadores asalariados, sino becarios, y por lo tanto no tenían contrato de trabajo propiamente dicho.⁶⁹

La beca que en ese entonces se otorgaba consistía en comida, cuando el médico estuviese en el hospital; alojamiento, que en muchos hospitales no cubría los mínimos requisitos de sanidad; dos o tres mudas de ropa al año y una retribución monetaria que, en 1964, era en promedio de 400 pesos al mes. Los médicos obtenían la remuneración más alta sólo durante el último año de

⁶⁸ Cfr. *Ibíd.*, p. 84

⁶⁹ Cfr. *Ibíd.*, p. 86

su residencia.⁷⁰ En este punto de la retribución económica, deseamos señalar un aspecto de considerable importancia: al inicio del apartado anterior, asentamos que terminada la Revolución de 1910, México experimentó como parte de la expansión urbano-industrial una rearticulación institucional entre 1934 y 1960. Dentro de dicha rearticulación, figuró la Educación Universitaria, bajo un esquema de financiación por parte del Estado. Asimismo, se fueron implantando modelos educativos universitarios importados de países desarrollados. En el caso concreto de nuestro tema de estudio, México instituyó una copia del sistema estadounidense de enseñanza médica, que incluía al sistema de residencias médicas.

Sin embargo, esa adecuación se hizo en una sociedad mucho muy distinta de la del país vecino pues en Estados Unidos al ser el costo de los estudios universitarios muy elevado, sólo tenía acceso a ellos la parte acaudalada de la sociedad. Quien estudiaba una carrera universitaria, en particular medicina, contaba con recursos para ser financiado y poder vivir de manera decorosa durante todo su entrenamiento. En México, si bien algunas familias adineradas podían sufragar los gastos educativos, la realidad era que muchas familias de escasos recursos no podían apoyar a sus hijos en la etapa de la especialización, por lo que muchos estudiantes tenían que sobrevivir solamente con el exiguu pago de la beca durante su adiestramiento. Aunado a lo anterior, los médicos residentes eran explotados por las instituciones gubernamentales de salud donde se les formaba, o por los jefes de servicio que los veían como mano de obra a la cual podía pagársele cualquier cosa.

Por otra parte, y volviendo a la exposición de Ricardo Pozas Horcasitas, dadas las condiciones de su contratación, los becarios no tenían derecho de antigüedad ni servicio médico para sus familiares directos. A estas condiciones de trabajo había que agregar la imposibilidad de hacer uso de los conductos

⁷⁰ Cfr. *Ibíd.*, p. 89

sindicales para protestar, pues estos organismos laborales sólo atendían los problemas de sus agremiados, hecho que presuponía la existencia de contratos de trabajo, de los cuales carecían los médicos.⁷¹

Las condiciones anteriores en las que se desempeñaban los médicos residentes, señala Pozas Horcasitas, fueron el caldo de cultivo de lo que hemos mencionado anteriormente; “la valerosa lucha que los médicos residentes emprendieron para mejorar no sólo sus condiciones laborales y de vida, sino también las condiciones mismas de nuestra sociedad.”⁷²

Exponer todas las particularidades que revistió el movimiento de los médicos residentes en el lapso de 1964 a 1965 rebasaría los fines de esta investigación. Por ello, y con ayuda de La Democracia en Blanco. El Movimiento Médico en México: 1964-1965 de Ricardo Pozas Horcasitas, expondremos los hechos más representativos que nos permitan tener una idea lo más clara posible de los actores, los hechos y sus consecuencias.

“Las condiciones laborales en las que se encontraban los médicos residentes e internos de todo el Sistema de Seguridad Social, y de las que hablamos párrafos atrás, estallaron el 26 de noviembre de 1964 en una de las unidades hospitalarias más importantes; el Hospital 20 de Noviembre.”⁷³ Ese día, nos cuenta Pozas Horcasitas, se comunicó a los 67 estudiantes y 100 médicos titulados que prestaban sus servicios en el hospital, que no recibirían los tres meses de sueldo que se les habían dado como aguinaldo en los últimos tres años. Los médicos residentes e internos procuraron entrevistarse con las autoridades, pero no se les recibió. Ante esta actitud negativa, los médicos decidieron suspender sus actividades normales, atender solamente los casos

⁷¹ Cfr. *Ibíd.*, p. 90

⁷² *Ídem*

⁷³ Cfr. *Ibíd.*, p. 91

graves y de emergencia y declararse en sesión permanente. Horas después de tomada esta determinación, se les notificaría su cese.⁷⁴

Las adhesiones de los médicos residentes e internos de otros hospitales del sistema de seguridad social no se hicieron esperar, se declararon en favor de sus compañeros cesados y formaron una organización alternativa: la Asociación Mexicana de Médicos Residentes e Internos, Asociación Civil (AMMRI, A.C.), independiente de las organizaciones sindicales de las instituciones donde laboraban, las cuales los mantenían marginados de los derechos e instrumentos de sus demandas laborales. La creación de esta nueva organización, señala el autor, permitió a los médicos residentes e internos organizar una nueva forma de solidaridad y cohesión.⁷⁵

La AMMRI elaboró un pliego petitorio de cinco puntos que se convertiría, a lo largo de todo el movimiento, en la columna vertebral del mismo. Contenía cinco puntos, y fue entregado al entonces presidente Gustavo Díaz Ordaz, las peticiones de este documento se transcriben en los siguientes puntos:

1. Restitución total en sus puestos, sin represalias de ningún tipo, a los médicos miembros de la AMMRI, injustamente cesados en los hospitales;
2. Revisión legal de los términos e incisos del contrato-beca que firman los médicos, en el sentido de lograr contratos renovables y progresivos en el escalafón de residencias;
3. Preferencia para ocupar plaza de médico adscrito, a los diferentes servicios hospitalarios, a los médicos cirujanos egresados de las propias instituciones;
4. Participación activa del residente en la elaboración de los planes de enseñanza, y

⁷⁴ Cfr. Ídem.

⁷⁵ Cfr. Ibídem, p. 92

5. Resolución satisfactoria de los problemas de cada hospital.⁷⁶

Como podemos observar el documento contenía como puntos básicos la demanda por mejorar el nivel económico, la seguridad en el empleo y la participación activa en los programas de enseñanza.

En este momento inicial, apunta Pozas Horcasitas, mediante estas demandas, se genera el proceso de autoreconocimiento de los médicos residentes como “actor social”, que identifica necesidades comunes. La demanda de los estudiantes de nivel superior (en este caso 1,011 médicos residentes e internos) de participar en la organización de la enseñanza, constituye, por primera vez, la evidencia de un cambio sustantivo en la composición social de la Universidad; de una universidad de élite, de clases medias y altas, se estaba evolucionando a una Universidad de masas, de sectores medios y bajos emergentes. Las normas de control institucional que respondían a una forma de organización social no eran acatadas ya por los nuevos estudiantes de la universidad.⁷⁷

Esta primera versión estudiantil de la lucha por la participación en las decisiones de la vida institucional, que a decir del autor en comentario, derivaría en la demanda genérica de democracia, desafiando al sistema de autoridad y cuestionando lo que hasta entonces había sido un verdadero hito, la ruptura a la obediencia a la jerarquía académica establecida, representada por las autoridades académicas y hospitalarias quienes decidían “lo válido y lo no válido” en los proyectos de la enseñanza superior.⁷⁸

El 15 de diciembre de 1964, la Comisión de Prensa de la AMMRI informó que el movimiento había encontrado una respuesta positiva entre otras comunidades médicas y que veinte hospitales del interior del país estaban en

⁷⁶ Cfr. *Ibíd.*, p. 93

⁷⁷ Cfr. *Ibíd.*, p. 94

⁷⁸ *Ídem*

paro. En estas condiciones, relata Pozas Horcasitas, se realiza la primera de una serie de entrevistas entre los dirigentes de los médicos residentes e internos y el presidente de la República, Gustavo Díaz Ordaz. Esta entrevista era uno de los objetivos tácticos de los dirigentes de la AMMRI por varias razones. En primer lugar, ser recibidos por el presidente significaba dimensionar la importancia del movimiento frente a la indiferencia de algunos secretarios de Estado que los habían menospreciado; también significaba colocar el conflicto en el centro de la información de masas, y a los dirigentes, como los legítimos interlocutores de las bases, frente a la principal autoridad política nacional.⁷⁹

Por otra parte, la entrevista ofrecía un interés nacional importante: daría una idea del “estilo personal de gobernar” de Díaz Ordaz. Idea tan significativa, agrega el autor, en la imagen de un presidente mexicano, por el alto grado de poder institucional que concentra. El conflicto de los médicos iba a ser su tarjeta de presentación ante el país, después de la propaganda que la maquinaria de Estado le hiciera durante su campaña electoral.⁸⁰

Así, mientras se llevaba a cabo la audiencia con el presidente, más de 3000 profesionales de la medicina, pertenecientes a cerca de 40 hospitales de la capital, esperaban en la Plaza de la Constitución, frente al Palacio Nacional, la salida de sus dirigentes. Esa misma tarde, relata Pozas Horcasitas, después de una asamblea de cerca de tres horas, efectuada en el aula magna del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional, la AMMRI tomó las siguientes resoluciones:

1. Continuar los paros en todos los nosocomios que participaban en el movimiento en pro de sueldos decorosos y protección;

⁷⁹ Cfr. *Ibídem*, p. 95

⁸⁰ Cfr. *Ibídem*, p. 96

2. Entregar ese mismo día el pliego de peticiones a los titulares de la SSA, del IMSS e ISSSTE, conforme a la sugerencia hecha por el presidente Gustavo Díaz Ordaz, y

3. No desatender ni un instante los casos de emergencia que se presentaran.⁸¹

Dos días después de la asamblea, el autor de la Democracia en Blanco señala que la AMMRI informaba que a partir del 13 del mismo mes se reanudarían los paros en los hospitales cuyos residentes e internos estaban afiliados a esa asociación, a fin de hacer que las autoridades cumplieran con la promesa de mejorar la situación económica de los médicos. Los voceros de la asociación informaron también que “la solución del problema estaba íntimamente ligada al problema de la socialización de la medicina.”⁸²

Pero así mismo, los voceros informaban lo siguiente: según las autoridades, el problema no podría ser resuelto de inmediato porque los presupuestos para ese año ya habían sido formulados desde el ejercicio anterior. Esto, sin duda alguna, se interpretó negativamente: por una parte, Díaz Ordaz ofrecía apoyo y recursos económicos, pero por otra, dichos recursos no estarían disponibles “por cuestiones presupuestarias.”⁸³

Ante ello, como bien señala el autor, el movimiento se mantuvo en lucha, y el gobierno, por su parte, dispuesto a que esa lucha “no siguiera adelante”. El día 15 de enero, las autoridades del Departamento del Distrito Federal informaron que empezarían a levantar actas por abandono de trabajo 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.⁸⁴

⁸¹ Cfr. *Ibídem*, p. 98

⁸² Cfr. *Ibídem*, p. 101

⁸³ Cfr. *Ibídem*, p. 104

⁸⁴ Cfr. *Ibídem*, p. 105

Aunado a lo anterior, el director de la Facultad de Medicina de la UNAM, el doctor Donato G. Alarcón, quien había manifestado su solidaridad con el movimiento médico en sus inicios, emitió un pronunciamiento. De dicho pronunciamiento da cuenta Pozas Horcasitas:

“De ningún modo se debe recurrir al paro o a la huelga en los hospitales, porque esta arma, legítima en otros campos de la lucha laboral, no debe usarse en el campo de la medicina, pues el daño lo resienten los enfermos, ante cuyo interés deben inclinarse todos los demás.”⁸⁵

Las palabras de Donato G. Alarcón no tuvieron eco en la Sociedad Médica del Hospital 20 de Noviembre. En su asamblea, refiere Horcasitas, se acordó apoyar a los residentes e internos de dicha institución hospitalaria, presentando la renuncia individual e inmediata de todo el cuerpo médico. Otros médicos de base, que asimismo se solidarizaron con los residentes e internos, fueron los del Hospital de Traumatología, dependiente del DDF; 800 médicos de la SSA; y los de los hospitales de Nutrición e Infantil de México. En total, 66 nosocomios.⁸⁶

La respuesta de los directores de los hospitales, señala Pozas Horcasitas, significaba en México una verdadera revolución en la cultura política y en la práctica de la obediencia al poder. El rito que rodeaba la omnipotencia presidencial era puesto en tela de juicio por quienes debían cultivarlo: los altos funcionarios estatales; en este caso, los directores de los hospitales. Los médicos de base y los directores de los hospitales que se insubordinaron, hicieron patente un cambio significativo en los valores civiles y políticos de los trabajadores del Estado. Esa rebeldía, señala el autor, mostraba una transformación modernizadora que rechazaba los principios en que se sustentaba el código de funcionamiento del sistema político y sindical. Los

⁸⁵ Cfr. *Ibíd.*, p. 106

⁸⁶ Cfr. *Ibíd.*, p. 108

directores no aceptaron la subordinación acrítica al presidente de la República y mucho menos a los líderes sindicales de los institutos médicos. En su rechazo de obediencia, exigían que se les respetaran sus derechos de autoridad y de individuos frente a sus subordinados y alumnos.⁸⁷

En este punto, el autor de *La Democracia en Blanco* formula una reflexión interesante: “Los médicos estatales eran la expresión de los nuevos sectores contestatarios urbanos, pertenecientes a los medios profesionales, con una amplia cultura informativa, muy influidos por el modelo estadounidense de vida y de concepción política. Para ellos, la democracia de los países desarrollados era ejemplo a seguir, pero también una utopía para la realidad nacional”. Por su parte, las características del dirigente sindical, surgido de la burocracia pública y formado en “el sistema de representación sindical”, eran, en sí mismas, un obstáculo para la negociación política con los médicos de base, muchos de ellos especialistas y posgraduados en importantes instituciones académicas del extranjero.⁸⁸

En ese sentido, agrega Pozas Horcasitas, las diferencias entre dicho actor social y los representantes sindicales abrían las puertas de la violencia y el conflicto al confrontarse no sólo sus demandas sino la manera como éstas fueron planteadas frente a las ofertas de solución por parte de las autoridades. Para los dirigentes sindicales y la vieja guardia institucional, la exigencia de democracia planteada por los médicos aparece como un privilegio más de un grupo social ya de por sí privilegiado (tanto por sus niveles de educación como de ingreso), frente a un estado con instrumentos políticos anquilosados por la eficiencia del autoritarismo, ejercido sobre grupos sociales con poca tradición democrática y débil formación cultural respecto a la noción civil de derecho ciudadano y de respeto individual.⁸⁹

⁸⁷ Cfr. *Ibíd.*, p. 110

⁸⁸ Cfr. *Ibíd.*, p. 113

⁸⁹ Cfr. *Ibíd.*, p. 118

Siguiendo con el relato de los hechos, el autor comenta que la Comisión de Prensa de la AMMRI anunciaba que el día 19 de abril 5,000 médicos residentes e internos habían decidido realizar un tercer paro nacional, a partir del día 20, en protesta por las demandas incumplidas. Porque hasta esta fecha algunas dependencias o centros hospitalarios, tanto en la capital como en el interior del país, y muy especialmente las instituciones privadas, no habían hecho nada para resolver las demandas de los médicos, a pesar de las disposiciones presidenciales del pasado mes de febrero. Los jóvenes residentes e internos volvían a suspender sus labores, como instrumento de presión y lucha que había mostrado alguna eficacia para obtener beneficios a su causa. Volvían a la carga, señala Pozas Horcasitas, para obligar a los “morosos” Secretarios de Estado y Gobernadores de las Entidades Federativas a cumplir el acuerdo presidencial del mes de febrero.⁹⁰

En este punto, Pozas Horcasitas brinda otra interesante reflexión: “El hospital es la continuación de la universidad; en él se prosigue la preparación intelectual y la formación profesional de los jóvenes médicos que realizan su especialización. En este espacio institucional es donde concluye la fase más importante de la socialización profesional; el residente y el interno aprenden las reglas de juego del mercado profesional y establecen contactos para su futuro trabajo”.⁹¹

El movimiento fue en su inicio una “desobediencia institucional”, una rebeldía de los individuos que formaban la capa profesional más baja en la jerarquía de la organización hospitalaria. Los “novicios” subvirtieron el orden y reorientaron las jerarquías institucionales; la pirámide del poder se modificó y la autoridad interna de los maestros también participó. De este modo, se transformó de movimiento de residentes e internos en un movimiento médico.

⁹⁰ Cfr. *Ibíd.*, p. 123

⁹¹ *Ídem*

Esta integración de las jerarquías hospitalarias fue la parte sustantiva de la propagación y el ascenso del movimiento, pues al ser considerado "justo" por las autoridades académico-profesionales de los nosocomios, esto derivaría en la creación de la Alianza de Médicos Mexicanos.⁹²

A doce días de este tercer paro, nos cuenta Pozas Horcasitas, sólo quedaban dos puntos para resolver totalmente el problema de los médicos; en el primero consistía que en el momento en que los beneficios señalados por el acuerdo presidencial alcanzaran a todos los médicos del país, se levantaría el paro, y el segundo versaba sobre la negativa de los 5,000 médicos residentes e internos, pertenecientes a la AMMRI, de afiliarse a los sindicatos de los distintos centros hospitalarios y asistenciales, cuyos líderes así lo exigían.⁹³

Sobre este aspecto de la sindicalización, Pozas Horcasitas refiere que los médicos encargaron al ilustre Doctor Laboralista Mario de la Cueva, ex rector de la Universidad Nacional Autónoma de México, formular un dictamen sobre la situación jurídica en que se encontraban los médicos. El Doctor De la Cueva, nos cuenta Horcasitas, elaboró un estudio sobre el derecho que asistía a los médicos de rechazar su afiliación a los organismos laborales del Estado. En su dictamen, el ilustre abogado afirmó:

“El principio fundamental consagrado en nuestra Constitución, en materia de asociación en general y sindical, consiste en que se trata de un derecho de libertad y no de un deber, o; en otras palabras, los hombres tienen el derecho de crear libremente cualquier forma de asociación general o sindical, con la sola condición de que persiga un fin lícito; pero no están obligados, ni a ingresar en una asociación o sindicato, ni a permanecer en un grupo en contra de su voluntad. Ninguna disposición constitucional habla del deber de asociarse o sindicalizarse. [...] Los médicos mexicanos pueden y deben proceder a la

⁹² Cfr. *Ibíd.*, p. 134

⁹³ Cfr. *Ibíd.*, p. 138

organización y al fortalecimiento de una asociación, cualquiera que sea su nombre, partiendo del mismo principio de libertad de asociación, relativo a todos los trabajadores de la República. En beneficio del ejercicio de la medicina y de la vida y la salud del pueblo mexicano, la Alianza de Médicos Mexicanos, A.C., puede organizarse en forma sindical, obtener su registro y actuar en el campo del Derecho del Trabajo en México.”⁹⁴

Con base en las palabras de Mario de la Cueva, señala Horcasitas, los médicos revertían al Estado Mexicano su propio discurso ideológico sobre la democracia, convertido ahora en reclamación del derecho ciudadano de asociarse libremente en la defensa de sus intereses laborales. Esto obligaba al gobierno a mostrar la cara “oculta” del poder político; la del control de masas, aquella que estaba detrás de la que se veía cotidianamente como tutela de los derechos populares frente al embate de las clases dominantes. Los hechos que sucedieron después, nos cuenta Pozas Horcasitas, tuvieron como destino el fin del paro. La exposición de motivos que la AMMRI externó a la sociedad es elocuente porque en ella están recogidos el sentir y las aspiraciones de sus integrantes:

“Es incorrecta la apreciación del presidente de la República cuando dice que se trata de un simple y vulgar regateo económico; este conflicto implica el planteamiento de cuestiones fundamentales. Si se examina en toda su amplitud y profundidad el conjunto de nuestras demandas, se advertirá que los, calificados como, intereses personales de los médicos están estrechamente ligados a los intereses del mejor ejercicio de la medicina y a su mejor aplicación al pueblo de México. El factor determinante, es el pretender lograr que se llegue a impartir una sola clase de medicina; la mejor, a toda nuestra población, y no como actualmente ocurre, que hay servicios oficiales de primera, de segunda y de tercera. Nuestras demandas han sido justas y con base

⁹⁴ Cfr. *Ibíd.*, p. 144

equitativa, destinadas a garantizar tanto el presente como el futuro de la profesión médica.”⁹⁵

En una de varias conclusiones, Pozas Horcasitas señala, que la represión aplicada a la AMMRI y la falta de cohesión que empezó a generarse tanto por cansancio como por la coerción de la que fue objeto un amplio sector de sus integrantes, precipitó el fin del movimiento. Sin embargo, este como otros movimientos sociales reprimidos fueron la semilla que reaparecería en el año de 1968 como protestas con la misma raíz y los mismos actores sociales, los sectores medios urbanos y las protestas estudiantiles solicitando la apertura de espacios políticos de participación social.⁹⁶

2.4 Algunas consideraciones sobre la inclusión del trabajo de los médicos residentes en la Ley Federal del trabajo de 1970.

Del estudio y análisis del punto anterior, podemos observar que la evolución del Derecho Mexicano del Trabajo, por lo general, ha estado a la par de las dinámicas sociales de nuestro país en función de las nuevas realidades que va experimentando. Asimismo, queremos hacer notar que en el proyecto de reforma de la Ley Federal del Trabajo que hoy día nos rige, los legisladores reconocían como realidad insoslayable la necesaria reglamentación del trabajo de amplios sectores, que durante muchos años habían quedado substraídos de los beneficios de la legislación laboral, y que era imprescindible reconocer para el progreso económico de la nación.

Uno de los sectores laborales que exigía un reconocimiento pleno en la legislación laboral fue el de médicos residentes en período de adiestramiento en una especialidad. En el México actual, las condiciones de los médicos residentes son muy distintas de las que prevalecían en la década de los años

⁹⁵ Cfr. *Ibíd.*, p. 145-149

⁹⁶ Cfr. *Ibíd.*, p. 154-156

sesenta del siglo pasado. En esa época, quizás, los médicos residentes nunca habrían imaginado que, gracias a su lucha, se crearía en la Ley Federal del Trabajo de 1970 el ya mencionado Capítulo XVI, este logro fue producto, como hemos mencionado, de la valerosa lucha que los médicos residentes emprendieron para mejorar no sólo las condiciones laborales y de vida propias de su gremio, sino las condiciones mismas de una sociedad.

Tiene razón Pozas Horcasitas al decir que el movimiento médico se desarrolló dentro de un marco político, pues a pesar de que en la primera carta abierta de los médicos residentes publicada el 18 de diciembre de 1964 se decía claramente “que su movimiento no ha tenido ni tendrá fines políticos”, éste adquirió esas características, al convertirse pronto en un movimiento que se enfrentó al gobierno, en el que se lanzaron cargos a diversos funcionarios, se produjeron tres paros de residentes y se invitó a un paro médico general. El gobierno respondió con la intervención de las fuerzas armadas y ejerciendo represalias contra muchos médicos, mediante el encarcelamiento de algunos, el despido indiscriminado de otros y la aplicación de coerción y miedo en los que no se identificaron con el movimiento o no estaban realmente comprometidos con él.⁹⁷

Al movimiento médico de 1964-1965, siguió la caída en 1966, de un insigne rector médico: Don Ignacio Chávez, que fue una expresión más de la intolerancia radical del gobierno frente a quienes ejercían un liderazgo natural e independiente en el seno de la sociedad, que les reconocía justamente, el prestigio y la autoridad moral que el gobierno había perdido.⁹⁸

En ese entonces, y sintetizando algunas de las ideas de Ricardo Pozas Horcasitas, las condiciones laborales de los médicos residentes se caracterizaban por:

⁹⁷ Cfr. *Ibíd.*, p. 162

⁹⁸ Cfr. *Ibíd.*, p. 164

- No contar con derechos laborales, ya que no eran considerados trabajadores asalariados, sino becarios, y por lo tanto no tenían contrato de trabajo propiamente dicho.
- No podían usar los medios sindicales para protestar, pues estos organismos laborales sólo atendían los problemas de sus agremiados, hecho que presuponía la existencia de contratos de trabajo, de los cuales carecían los médicos estudiantes.
- Los médicos cirujanos egresados de las propias instituciones hospitalarias no contaban con preferencia para ocupar plazas de médicos adscritos a dichas instituciones, y
- No contaban con una participación activa en la elaboración de los planes de enseñanza.⁹⁹

A decir de Santiago Barajas Montes de Oca, en su ya referida obra *Los Contratos Especiales de Trabajo*; en la presentación que realizó Gustavo Díaz Ordaz de su iniciativa para una nueva Ley Federal del Trabajo, manifestó respecto de los trabajos especiales, que “para tipificarlos, se habían tomado en cuenta dos circunstancias; por una parte la existencia de trabajos en los que la aplicación de las disposiciones generales de la ley resultaban insuficientes en cuanto a su reglamentación; y por otra la solicitud hecha por diversos sectores de trabajadores y empresas para incluir en capítulos propios el mínimo de derechos y beneficios que debían disfrutar, debido tanto a la naturaleza de los servicios que desempeñaban, como al interés de mantener en una situación independiente un regular número de condiciones de trabajo, sin oposición a las convenciones colectivas de cada especialidad”.¹⁰⁰

⁹⁹ *Ibíd.*, p 166

¹⁰⁰ BARAJAS MONTES DE OCA, Santiago, *Los Contratos Especiales de Trabajo*, op. cit., p. 68.

La comisión legislativa encargada de estudiar la anterior iniciativa, señala el autor en comentario, acogió la idea y por esta razón manifestó que; “La significativa relevancia de nuevas instituciones laborales obliga a reconocer una realidad insoslayable, la necesaria reglamentación del trabajo de amplios sectores que durante muchos años han quedado substraídos a los beneficios de la legislación, los cuales deben quedar amparados y sujetos por ella. La actividad propia de los empleados domésticos, artistas, deportistas profesionales, por una parte; el trabajo del campo, del transporte; el trabajo a domicilio; en los puertos o a bordo de los buques mexicanos, por la otra; constituye una innovación de suma importancia para la relación obrero-patronal y para el progreso económico del país, que era indispensable reconocer.”¹⁰¹

El razonamiento de los legisladores, nos dice Montes de Oca, fue el apoyar la iniciativa del presidente para incluir en la ley el referido Título VI sobre trabajos especiales.

En su obra Derecho del Trabajo Néstor de Buen opina de lo que significó dicha inclusión; “El servicio médico representaba en nuestro país, lo mismo en la década de los sesenta que en los años subsiguientes, un problema de especial preocupación para el Estado, porque al partir del hecho real de la socialización de la medicina, la administración pública se vio obligada a entenderse con una clase médica que la había enfrentado y planteado exigencias especiales. La solución del legislador fue la adición a la Ley del Trabajo de un capítulo dentro del título de los Trabajos Especiales, en el cual se definieron los conceptos fundamentales de la relación, evitando confusiones o aplicaciones inadvertidas o inadecuadas. En nuestros días, la facultad unilateral concedida a las llamadas Unidades Médicas para dictar disposiciones académicas, limita con una estricta regulación la prestación del servicio, lo cual ha debido romper con principios tradicionales del derecho laboral vinculados a

¹⁰¹ *Ibíd.*, p. 69

la duración y estabilidad en el empleo y al valor que la propia ley otorga a la mejoría permanente de los mínimos contractuales”.¹⁰²

Acerca de este punto medular hay que dejar asentado lo siguiente; Ricardo Pozas Horcasitas anotó un hecho por demás elocuente en una de sus reflexiones finales sobre el movimiento médico:

Al final de todo lo acontecido resurge el problema del contrato-beca, con las mismas características de antes de noviembre de 1964: al parecer todo sigue como al principio, una vez que terminó el movimiento médico, y que se promulgó la Ley Federal del Trabajo de 1970, los médicos residentes se encontraron con que se les obligaba a firmar un contrato-beca, de características muy similares al que se les hacía firmar antes de iniciarse el movimiento médico años atrás; es decir, un contrato conforme el cual los médicos residentes veían reducidas muchas de sus prestaciones económicas en relación con las enormes cargas de trabajo que tenían que realizar”.¹⁰³

De esta manera solo nos queda por preguntarnos; ¿Es efectivamente cierto que las condiciones de los médicos residentes del México actual son muy distintas de las que prevalecían en la década de los sesenta del siglo pasado?, ¿son “medianamente mejores”?, ¿están igual?. A responder estas cuestiones dedicaremos en los siguientes capítulos de nuestra investigación.

¹⁰² DE BUEN LOZANO, Néstor, Derecho del Trabajo, op. cit. p. 493-499.

¹⁰³ POZAS HORCASITAS, Ricardo, La Democracia en Blanco. El movimiento Médico en México: 1964-1965, op. cit. p.176- 179.

CAPÍTULO 3

RÉGIMEN JURÍDICO DE LA RESIDENCIA MÉDICA

En el marco del Derecho Mexicano son varias las normatividades que se ocupan de regular las actividades de los médicos residentes del IMSS durante su etapa de adiestramiento, la Ley Federal del Trabajo, la Ley General de Salud, la Ley General de Educación, la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994 para la organización y funcionamiento de las Residencias Médicas, el Contrato Colectivo del IMSS 2005 - 2007 y el Reglamento de Médicos Residentes en Periodo de adiestramiento en una Especialidad en el IMSS, en este capítulo analizaremos cada una de ellas.

3.1 Ley Federal del Trabajo

Dicho lo anterior, damos inicio al estudio de la Ley Federal del Trabajo, señalando, que su Título VI contempla diecisiete capítulos de trabajos especiales. El capítulo XVI, Trabajos de médicos residentes en período de adiestramiento en una especialidad, esta integrado por nueve artículos numerados de la siguiente manera: 353-A, 353-B, 353-C, 353-D, 353-E, 353-F, 353-G, 353-H, 353-I.

En el artículo 353-A se nos brindan las definiciones de Médico Residente, Unidad Médica Receptora de Residentes, y Residencia, mismas que guardan consonancia con lo que hemos planteado anteriormente. Estos conceptos se interrelacionan por medio de la relación de trabajo, nosotros consideramos que el objetivo fundamental de esta citada relación, es llevar a cabo el adiestramiento y capacitación de médico; de esta manera las actividades que debe realizar el residente dentro de la Unidad Médica Receptora de Residentes (UMRR), si bien si están sujetas a la subordinación que caracteriza a todas las relaciones de trabajo, esta subordinación se

refuerza por el hecho de que en muchas actividades el médico debe ser instruido y supervisado por personal calificado del mismo Instituto.

Por otra parte consideramos oportuno señalar, que en la fracción II del artículo 353-A, se alude al Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, el cual, de acuerdo con el segundo Artículo Transitorio de la Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, quedó derogado. Por lo anterior, consideramos que es pertinente una reforma a la citada fracción, a fin de que se mantenga concordancia con la legislación vigente en la materia. En ese sentido, nos atrevemos a señalar que dicha fracción debe aludir a la Ley General de Salud, y a los artículos 78 y 79, que sustituyeron a los 163 y 164 de código derogado.

Los artículos 78 y 79 antes mencionados señalan la obligatoriedad de que los profesionales dedicados a la atención de la salud cuenten con un título, ó certificado legalmente expedido y registrado por las autoridades educativas competentes (artículo 79) y también se establecen las normas concurrentes aplicables a las actividades del personal de salud, señalando que además de la misma Ley General de Salud, se aplicaran las normas competentes de la Ley Reglamentaria del artículo 5 Constitucional, las bases de coordinación que, conforme a la ley, se definan entre las autoridades educativas y las autoridades sanitarias y las leyes que expidan los Estados, con fundamento en los artículos 5 y 121, fracción V, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.(artículo 78).

El artículo 353-B dicta que las disposiciones que rigen las relaciones laborales entre los Médicos Residentes y la persona moral o física de quien dependa la Unidad Médica Receptora de Residentes, se rigen por las disposiciones de este Capítulo de la ley y por las estipulaciones contenidas en el contrato respectivo, en cuanto no las contradigan.

Lo anterior se refuerza por el artículo 181 de este ordenamiento, el cual señala: “Los trabajos especiales se rigen por las normas de este Título y por las generales de esta Ley en cuanto no las contraríen.” Lo cual atribuye a los derechos consignados en la Ley Federal del Trabajo, el valor de derechos mínimos susceptibles de mejora por la vía de los contratos de trabajo.

El artículo 353-C alude a los derechos especiales de los Médicos Residentes diciendo que además de los derechos generales de los trabajadores deben de: disfrutar de las prestaciones que sean necesarias para el cumplimiento de la Residencia y ejercer su Residencia hasta concluir su especialidad, siempre y cuando cumplan con los requisitos que establece este Capítulo. Al respecto, Miguel Cantón Moller apunta lo siguiente: “no es posible dejar de percibir tales prestaciones, pues sería como negar al residente la posibilidad de comer o dormir y en su caso de percibir el pago correspondiente.”¹⁰⁴

Por lo que toca a las obligaciones especiales de los Médicos Residentes estas se encuentran contenidas en las seis fracciones del artículo 353-D, las cuales son las siguientes:

I. Cumplir la etapa de instrucción académica y el adiestramiento, de acuerdo con el programa docente académico que esté vigente en la Unidad Médica Receptora de Residentes;

II. Acatar las órdenes de las personas designadas para impartir el adiestramiento o para dirigir el desarrollo del trabajo, en lo concerniente a aquél y a éste;

III. Cumplir las disposiciones internas de la Unidad Médica Receptora de Residentes de que se trate, en cuanto no contraríen las contenidas en esta Ley;

¹⁰⁴ CANTÓN MOLLER, Miguel. Los Trabajos Especiales en la Legislación Laboral Mexicana, Editorial. Cárdenas, México, 1981, p. 218.

IV. Asistir a las conferencias de teoría, sesiones clínicas, anatomoclínicas, clinicorradiológicas, bibliográficas y demás actividades académicas que se señalen como parte de los estudios de especialización;

V. Permanecer en la Unidad Médica Receptora de Residentes, en los términos del artículo siguiente; y

VI. Someterse y aprobar los exámenes periódicos de evaluación de conocimientos y destreza adquiridos, de acuerdo a las disposiciones académicas y normas administrativas de la Unidad correspondiente.

De la lectura de las diversas fracciones del artículo 353-D se deduce que para llevar a cabo el adiestramiento de los médicos residentes, se realizaran dos tipos principales de actividades durante la residencia: las actividades académicas y la prestación de servicios médicos supervisados con el fin de adquirir destrezas. Pero además la fracción V guarda un estrecho vínculo con el artículo 353-E, por lo que respecta a la jornada de trabajo. Ya que en este se lee:

Artículo 353-E Dentro del tiempo que el Médico Residente debe permanecer en la Unidad Médica Receptora de Residentes, conforme a las disposiciones docentes respectivas, quedan incluidos, la jornada laboral junto al adiestramiento en la especialidad, tanto en relación con pacientes como en las demás formas de estudio o práctica, y los períodos para disfrutar de reposo e ingerir alimentos.

Y continuando con esta línea de análisis opinamos que el artículo 353-E condensa, precisamente, esa doble modalidad de llevar a cabo la residencia, cuando en él se lee: “quedan incluidos la jornada laboral junto al adiestramiento en la especialidad”. Sin embargo por las estrechas interrelaciones entre la práctica y el aprendizaje no existe la posibilidad de poder separar a la jornada laboral del adiestramiento, circunstancia que tiene grandes implicaciones en lo que se refiere a la duración de las actividades conocidas como guardias, en donde los residentes tienen que realizar labores médicas que sobrepasan los límites normales de las jornadas de trabajo,

circunstancia que retomaremos más a fondo en el siguiente capítulo de nuestra investigación.

En el siguiente artículo de la ley, se establecen los parámetros de la duración de la relación de trabajo:

Artículo 353-F La relación de trabajo será por tiempo determinado, no menor de un año ni mayor del período de duración de la residencia necesario para obtener el Certificado de Especialización correspondiente, tomándose en cuenta a este último respecto a las causas de rescisión señaladas en el artículo 353. G.

En relación con este Capítulo, no regirá lo dispuesto por el artículo 39 de esta ley.

En la práctica en el contrato que firman los médicos residentes con el IMSS, se estipula que la duración de la relación de trabajo será de un año de residencia médica, al final del cual se evaluará al médico residente, si éste aprueba las evaluaciones, se extenderá una prórroga por un año, a cuyo término se procederá de nuevo a la evaluación, pudiéndose obtener nuevas prórrogas hasta completar el programa formativo de la especialidad correspondiente. Cuando ocurre lo contrario, en decir cuando el médico residente no aprueba las evaluaciones, se considerará disuelta la relación laboral, sin derecho a prórroga.

Es muy importante lo que este artículo prescribe en su segundo párrafo “En relación con este Capítulo, no regirá lo dispuesto por el artículo 39 de esta ley”, recordando brevemente que este artículo 39 dicta: “Si vencido el término que se hubiese fijado subsiste la materia del trabajo, la relación quedará prorrogada por todo el tiempo que perdure dicha circunstancia”

Pero como hemos podido ir develando, si bien el médico residente realiza una actividad subordinada, que consiste en la atención de pacientes, el fin último de esta actividad no es la prestación del servicio al derechohabiente,

sino es un medio para que el médico que cursa una especialización adquiera las capacidades que requiere un especialista, así el distinguido jurista Miguel Cantón Moller afirma que “aún cuando continúen existiendo las tareas relacionadas con la especialidad médica de que se trate, la relación laboral no podrá prorrogarse.”¹⁰⁵

En los siguientes dos artículos de la ley, se definen las causas de extinción de la relación de trabajo. En las tres fracciones del artículo 353-G se nos enumeran las causas de rescisión especiales que pueden operar en adición a las generales que se consignan en el artículo 47 de nuestra ley. Del estudio de las fracciones mencionadas podemos resumir que nuestra legislación protege, por una parte los derechos derivados de la relación de trabajo por sí misma, y por otra el adiestramiento y capacitación del personal médico.

Por su parte el artículo 353-H, señala en sus dos fracciones las causas de terminación del vínculo laboral, las cuales transcribimos a continuación.

Son causas de terminación de la relación de trabajo, además de las que establece el artículo 53 de esta Ley:

I. La conclusión del Programa de Especialización;

II. La supresión académica de estudios en la Especialidad en la rama de la Medicina que interesa al Médico Residente.

Por último en el artículo 353-I, encontramos la aclaración que todas las disposiciones de este capítulo sólo serán aplicables a los médicos residentes en periodo de adiestramiento en una especialidad, excluyéndose de su ámbito a cualquier otro tipo de curso de capacitación o adiestramiento que pudiera impartirse en las Unidades Medicas Receptoras de Residentes y a cualquier otro tipo de estudiante en la realización de prácticas, dentro de las citadas

¹⁰⁵ Ibidem, p. 222.

unidades mismos que no tendrán ningún vínculo laboral a pesar de que pudieran desarrollar una actividad subordinada.

3.2 Ley General de Salud

La Ley General de Salud, es el principal elemento normativo del derecho de Protección de la Salud en nuestro país. En su artículo segundo encontramos las finalidades que persigue este derecho y recogemos las que para nuestra investigación son más importantes:

El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;

El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y

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

Más adelante en el Título Cuarto “Recursos Humanos para los Servicios de Salud”, en su Capítulo I sobre “Profesionales Técnicos y Auxiliares”, encontramos a los ya mencionados anteriormente artículos 78 y 79 que en conjunto con los subsiguientes artículos hasta el 83 detallan las normas de tipo técnico que deben cubrirse para que los profesionales de la salud puedan llevar a cabo su ejercicio profesional, en relación con la obtención de sus certificados y el registro de los mismos.

En el Capítulo III del mismo Título, se dispone todo lo relativo a la sustancia principal de nuestro tema de estudio: “Formación, Capacitación y Actualización del Personal”, dicho capítulo está constituido por los artículos 89 al 95. El contenido de estos artículos es principalmente de tipo administrativo, ya que versan sobre el cómo se coordinaran las autoridades de salud y las

educativas para llevar a cabo los planes y programas de capacitación y actualización en materia de salud.

Sin embargo, en el último artículo de este capítulo se hace una referencia de suma importancia para nuestro tema de estudio por lo cual transcribimos de manera completa el citado ordenamiento:

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.

La operación de los programas correspondientes en los establecimientos de salud, se llevará a cabo de acuerdo a los lineamientos establecidos por cada una de las instituciones de salud y lo que determinen las autoridades sanitarias competentes.

A nuestro parecer, lo que acabamos de transcribir es algo de lo más importante que la Ley General de Salud, nos brinda con respecto a nuestra investigación, aquí se señala claramente la repartición de atribuciones entre las instituciones de educación superior, que dictan lo correspondiente a los aspectos docentes de las residencias y las instituciones de salud que darán forma a los lineamientos operativos de los programas de adiestramiento.

3.3 Ley General de Educación

La actual Ley General de Educación entró en vigor en julio de 1993 y tiene como finalidad regular, según dispone su primer artículo, la educación que imparten el Estado, sus organismos descentralizados y los particulares con autorización o con reconocimiento de validez oficial de estudios.

La ley que comentamos, es el medio fundamental de nuestro país para adquirir, transmitir y acrecentar la cultura; este proceso permanente contribuye al desarrollo del individuo y a la transformación de la sociedad, y es factor

determinante para la adquisición de conocimientos y para formar los individuos que requiere nuestra sociedad.

Según la fracción X del artículo 7 de la mencionada Ley, uno de los fines que persigue consiste en “desarrollar actitudes solidarias en los individuos para crear, entre otros aspectos, conciencia sobre la preservación de la salud”.

Más adelante en el Capítulo IV encontramos las Normas Relativas del Proceso Educativo, en cuya sección 1: de los Tipos y Modalidades de la Educación, se encuentra el artículo 37 el cual nos aporta la siguiente clasificación:

Artículo 37 La educación de tipo básico está compuesta por el nivel preescolar, el de primaria y el de secundaria.

El tipo medio-superior comprende el nivel de bachillerato, los demás niveles equivalentes a éste, así como la educación profesional que no requiere bachillerato o sus equivalentes.

El tipo superior es el que se imparte después del bachillerato o de sus equivalentes. Está compuesto por la licenciatura, la especialidad, la maestría y el doctorado, así como por opciones terminales previas a la conclusión de la licenciatura. Comprende la educación normal en todos sus niveles y especialidades.

Podemos apreciar claramente como se integra y que lugar ocupa dentro del sistema educativo nacional, el sistema de residencias médicas; éste junto con la maestría y el doctorado, conforman la cúspide de la educación superior en México.

Posteriormente en la Sección 2 del mismo capítulo encontramos Las Directrices de los Planes y Programas de Estudio, los cuales por su importancia y relación con nuestro tema de investigación transcribimos a continuación:

Artículo 47.- Los contenidos de la educación serán definidos en planes y programas de estudio.

En los planes de estudio deberán establecerse:

I.- Los propósitos de formación general y, en su caso, de adquisición de las habilidades y las destrezas que correspondan a cada nivel educativo;

II.- Los contenidos fundamentales de estudio, organizados en asignaturas u otras unidades de aprendizaje que, como mínimo, el educando deba acreditar para cumplir los propósitos de cada nivel educativo;

III.- Las secuencias indispensables que deben respetarse entre las asignaturas o unidades de aprendizaje que constituyen un nivel educativo, y

IV.- Los criterios y procedimientos de evaluación y acreditación para verificar que el educando cumple los propósitos de cada nivel educativo.

En los programas de estudio deberán establecerse los propósitos específicos de aprendizaje de las asignaturas u otras unidades de aprendizaje dentro de un plan de estudios, así como los criterios y procedimientos para evaluar y acreditar su cumplimiento. Podrán incluir sugerencias sobre métodos y actividades para alcanzar dichos propósitos.

En el ordenamiento anterior se detallan los contenidos esenciales que deben de poseer los planes de estudio en general, incluyéndose dentro de los mismos, los múltiples planes de estudios en los que se basa el sistema nacional de residencias, de esta manera las instituciones educativas que los crean tienen que obedecer además de las normas pedagógicas y la doctrina académica, lo que marca la ley en la materia.

En relación con la acreditación de conocimientos y la certificación, encontramos varios artículos: el artículo 45 de la Ley General de Educación señala que la Secretaría de Educación Pública, conjuntamente con las demás autoridades federales competentes, establecerá un régimen de certificación

aplicable en toda la República, que determinará los lineamientos generales aplicables para la definición de conocimientos, habilidades o destrezas susceptibles de certificación, así como de los procedimientos de evaluación correspondientes. Los certificados, constancias o diplomas - agrega el artículo - serán otorgados por las instituciones públicas y los particulares que señalen los lineamientos citados.

Para concluir con los aspectos de importancia que nos aporta la Ley General de Educación transcribiremos el contenido del artículo 60:

“Los estudios realizados dentro del sistema educativo nacional tendrán validez en toda la República.

Las instituciones del sistema educativo nacional expedirán certificados y otorgarán constancias, diplomas, títulos o grados académicos a las personas que hayan concluido estudios de conformidad con los requisitos establecidos en los planes y programas de estudio correspondientes. Dichos certificados, constancias, diplomas, títulos y grados tendrán validez en toda la República.

La Secretaría promoverá que los estudios con validez oficial en la República sean reconocidos en el extranjero.”

De la lectura de los artículos anteriores, el proceso de certificación es muy importante, ya que constituye una manera efectiva de comprobar que un individuo, posee los conocimientos básicos que le permiten practicar determinada profesión, sin que esta actividad implique un riesgo para las personas que lo contratan, así nuestra legislación asegura que una persona que posea un título ó certificado legalmente expedido en alguna entidad del país pueda desempeñar la actividad para la cual esta calificada, en todo el país e inclusive en el extranjero.

3.4 Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994 para la Organización y Funcionamiento de las Residencias Médicas

Antes de analizar la Norma Oficial Mexicana relativa al funcionamiento de las residencias médicas, conviene definir el concepto mismo de Norma Oficial Mexicana (NOM). Para ese efecto, recurriremos a la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1º de julio de 1992. Dicho cuerpo legal, en su artículo 3 fracción XI, define a la NOM en los siguientes términos:

“Norma Oficial Mexicana: la regulación técnica de observancia obligatoria expedida por las dependencias competentes, conforme a las finalidades establecidas en el artículo 40, que establece reglas, especificaciones, atributos, directrices, características o prescripciones aplicables a un producto, proceso, instalación, sistema, actividad, servicio o método de producción u operación, así como aquellas relativas a terminología, simbología, embalaje, marcado o etiquetado y las que se refieran a su cumplimiento o aplicación”

Como podemos deducir corresponde a la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994 para la Organización y Funcionamiento de las Residencias Médicas, el establecer el marco de referencia donde se especifican las características que deben cubrirse por las partes interesadas para el desarrollo de una residencia médica en todo el país.

La citada norma consta de un prefacio y un índice con dieciocho numerales, los cuales mencionaremos a continuación: introducción, objetivo y campo de aplicación, observancia de la norma, definiciones y especificación de términos, disposiciones generales, características de las unidades médicas receptoras de residentes, ingreso al Sistema Nacional de Residencias Médicas, promociones y cambios de sede, organización de las unidades administrativas de enseñanza en las unidades receptoras, derechos de los residentes, obligaciones de los residentes, guardias, estímulos, incapacidades

y permisos, sanciones, residencias, profesores para residencias de especialización, concordancia con normas internacionales y bibliografía.

En su parte introductoria, la Norma señala que la formación de médicos especialistas es una prioridad dentro del Sistema Nacional de Salud para la oportuna prestación de servicios de salud a la población mexicana, en cumplimiento del Derecho Constitucional de Protección a la Salud.

En adición, encontramos que los cursos de preparación de médicos especialistas se realizan en unidades de atención médica públicas, descentralizadas, universitarias, estatales y privadas del Sistema Nacional de Salud, y que para el desarrollo óptimo de los programas de especialización es fundamental la interrelación de las instituciones de salud con las instituciones de educación superior, de la que surge el Sistema Nacional de Residencias Médicas.

La Norma que nos interesa fue, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 22 de septiembre de 1994, y señala en su Prefacio que fue elaborada por la Dirección General de Enseñanza en Salud, Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario con la participación de las siguientes entidades: Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Petróleos Mexicanos, Departamento del Distrito Federal, Beneficencia Española, Hospital American British Cowdray, y Universidad Nacional Autónoma de México.

Es interesante observar como esta NOM que rige la mayoría de los aspectos operativos y docentes del funcionamiento de las residencias médicas, fue elaborada por una dependencia derivada de la estructura de la Secretaría de Salud con la participación de algunas de las principales entidades públicas y privadas que cuentan con Unidades Médicas Receptoras de Residentes, lo

cual por lo menos asegura un amplio panorama operativo por la parte de las instituciones de salud.

Sin embargo por lo que corresponde a los aspectos académicos y docentes sólo se encuentra a nuestra Universidad Nacional Autónoma de México como el único órgano de tipo educativo, ninguna otra universidad pública ó privada participó en la elaboración de la NOM, aunque son muchas las que colaboran en este rubro, y consideramos muy importante remarcar que por parte de la Secretaría de Educación no se menciona ninguna aportación de sus dependencias la elaboración de esta norma.

Continuando con nuestro estudio de las principales características de la NOM referida, encontramos que en el numeral 1 se define el marco de aplicación y el objetivo de la misma. En el numeral 2 se detalla que autoridades y organismos son los encargados de su aplicación y vigilancia.

En el numeral 3 se encuentran varias definiciones y términos entre los cuales aparecen algunos de los que ya hemos hablado anteriormente como: Residente, Unidad Médica Receptora de Residentes, y Residencia, sin agregar nada a lo ya comentado, pero también se nos aportan definiciones nuevas e interesantes que no habíamos encontrado en los ordenamientos anteriores por ejemplo:

La Sede es la Unidad Médica Receptora de Residentes, en la que el residente puede cursar la totalidad de la especialidad o subespecialidad.

La Subsede, es la Unidad Médica Receptora de Residentes, en la que se realiza una parte de los estudios de especialización.

Además de estas dos importantes definiciones para nuestro tema de estudio, también encontramos la figura de las Unidades Médicas Receptoras de Residentes para Rotación Rural o de Servicio Social Profesional, las cuales

se caracterizan por ser Unidades médicas ubicadas en ciudades pequeñas y en zonas rurales o marginadas, en donde se realizará la rotación rural o de servicio social profesional, aquí se nos introduce un concepto nuevo, el “Servicio Social Profesional”, el cual es el conjunto de actividades de carácter temporal que ejecutan y prestan profesionistas que están cursando especialidades y subespecialidades, como parte de su formación y en interés de la sociedad y del Estado.

Siguiendo el análisis de numeral 3 encontramos el concepto de Plaza, que se refiere al recurso presupuestario que otorgan las instituciones de salud para contratar a un médico residente en período de adiestramiento en una especialidad o subespecialidad.

Y también encontramos una definición de suma importancia para la organización de actividades de cada residencia médica; el Programa Operativo el cual se nos define como el instrumento que señala el desarrollo de la residencia calendarizado por servicios, rotaciones, sesiones departamentales y generales, actividades académicas en aula y tiempos para alimentos, descanso, guardias y vacaciones.

Por primera vez en la normatividad aparece el concepto de Guardia, que es el conjunto de actividades asistenciales y académicas que realiza el residente al término de la jornada de trabajo, en la unidad de atención médica a la que está asignado y de acuerdo con el programa operativo correspondiente.

Y por último encontramos otras dos figuras relevantes que junto con el concepto de guardia estudiaremos con más detalle en nuestro próximo capítulo: Estímulo, que es el reconocimiento que se otorga al residente por su desempeño sobresaliente en el desarrollo de las actividades señaladas en el programa operativo del curso que está realizando. Y la Jornada de Trabajo,

que es el tiempo durante el cual se desarrollan las funciones y actividades señaladas en el programa operativo y que corresponde a ocho horas al día.

En el numeral 4, encontramos las disposiciones generales sobre la legislación aplicable a la relación de trabajo del Médico con la Unidad Receptora de Residentes. Y aquí también encontramos algo nuevo, pues además de las legislaciones que ya hemos estudiados podemos leer:

“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 la Ley Federal del Trabajo y la Legislación Federal del Trabajo Burocrático, en su caso, así como por las estipulaciones contenidas en el contrato respectivo, en cuanto no las contradigan.”

Como podemos observar encontramos una nueva fuente legislativa, La Legislación Federal del Trabajo Burocrático, sin embargo según el artículo 256 de la Ley del Seguro Social, que es el organismo en el cuál centramos nuestra investigación, dicta:

“Las relaciones entre el Instituto y sus trabajadores se regirán por lo dispuesto en el Apartado A del artículo 123 constitucional, la Ley Federal del Trabajo y en el caso de los trabajadores clasificados como de confianza "A" en el contrato colectivo de trabajo, se estará a lo dispuesto en el Reglamento Interior del Instituto que a propuesta del Consejo Técnico, expida el Ejecutivo Federal y al Estatuto a que se refiere el artículo 286 I de esta Ley.”

De acuerdo a lo anterior en el caso que nos ocupa, la Legislación Federal del Trabajo Burocrático, no aplica a nuestro objeto de estudio, más sin embargo en el caso de médicos que cursen su residencia en instituciones como el ISSSTE, Hospitales dependientes de la Secretaría de Salud de cada Entidad Federativa y PEMEX, pueden estar dentro de este supuesto, lo cual refuerza la idea que, el Estado Mexicano se convierte en el patrón de los médicos residentes.

Mas adelante en el mismo numeral se nos recuerda que la relación de trabajo será por tiempo determinado, no menor de un año ni mayor del período de duración de la residencia, y que las Instituciones de Salud con Unidades Médicas Receptoras de Residentes deben proporcionar la educación de postgrado, especificada en los programas académicos y operativos del curso de especialización o subespecialización, conforme a las recomendaciones de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud.

En los numerales 5 a 8, se establecen las características de las Unidades Médicas Receptoras de Residentes y su funcionamiento. Así como los requisitos para el ingreso al Sistema Nacional de Residencias Médicas, dentro de los cuales encontramos otras novedades, ya que además de los mencionados en la Ley Federal de Trabajo se agregan: 1) Presentar constancia de seleccionado del examen nacional de aspirantes a residencias médicas para el ciclo lectivo correspondiente, 2) comprobar su estado de salud, mediante el certificado expedido por una institución médica del Sector Salud, y la aptitud requerida para la especialidad o subespecialidad, 3) presentar solicitud por escrito y los documentos adicionales que se le indiquen, ante las autoridades de las Unidades Administrativas Competentes y de las Unidades Administrativas de Enseñanza de la Institución de Salud Sede de la residencia y 4) suscribir el contrato o documento laboral con las autoridades administrativas competentes de la Institución de Salud Sede de la Residencia.

En los puntos 7 y 8 seguimos encontrando normas que detallan el funcionamiento y la organización de las unidades administrativas de enseñanza en las Unidades Receptoras de Residentes. En este rubro consideramos de especial importancia la función encomendada a las Unidades Administrativas:

“Las autoridades de las Unidades Administrativas Competentes de las Instituciones de Salud deberán emitir los manuales de organización, instructivos de operación, reglamentos e instrumentos que permitan el funcionamiento óptimo de las Unidades Administrativas de Enseñanza, de acuerdo con la estructura y normas de las propias instituciones de salud y con las recomendaciones de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud”

Según lo anterior estas Unidades Administrativas Competentes tienen la facultad de definir él cómo y cuándo, se lleva a cabo la subordinación del trabajo de los médicos y la manera de realizar sus prácticas de aprendizaje.

Posteriormente en el numeral 9 encontramos los derechos y las obligaciones de los médicos residentes las cuales complementan a las de la Ley Federal del Trabajo las cuales resumimos en los siguientes puntos:

- Disfrutar de las remuneraciones estipuladas, las cuales se establecen con las recomendaciones de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud.
- Disfrutar de dos periodos vacacionales de 10 días hábiles cada año.
- Asistir a eventos académicos extracurriculares
- Recibir de la Institución de Salud y de Educación Superior correspondientes las constancias y diplomas respectivos
- En caso de no concluir la especialidad recibir la constancia de los años cursados, por parte de la Unidad Médica en la que estuvieron adscritos.
- Recibir de la Institución de Salud asesoría y defensa jurídica en aquellos casos de demanda de terceros por acciones relacionadas con el

desempeño de las actividades correspondientes a la residencia si no son imputables a negligencia o falta de ética profesional

- Realizar actividades de investigación médica

Del análisis de los incisos anteriores podemos observar como la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud toma el papel de autoridad en materia del trabajo, ya que la reglamentación que de ella emana no solo corresponde al ámbito educativo de la especialización médica, sino también al ámbito laboral cuando la citada comisión es la que fija el monto de las remuneraciones que reciben los médicos residentes.

En el numeral 10, que trata de las obligaciones de los médicos, nuevamente observamos como en la NOM se nos aportan nuevos lineamientos perfilados por las Unidades Administrativas Competentes, el primero y tal vez el más importante es la noción de que la instrucción académica y el adiestramiento, debe llevarse de acuerdo con el programa operativo vigente en la unidad médica receptora de residentes. Además de que se deberá cumplir las etapas de instrucción-adiestramiento (rotaciones por servicios clínicos y práctica de campo) de acuerdo con el mismo programa.

También se nos dice que el residente deberá permanecer en la unidad médica receptora de residentes, conforme a las disposiciones reglamentarias respectivas. Quedando incluida la jornada laboral junto con el adiestramiento en la especialidad, tanto en relación con pacientes como en las demás formas de estudio o práctica, así como los períodos para disfrutar de reposo, ingerir alimentos o cumplir guardias. De esta manera podemos concluir que no se puede diferenciar cuándo el residente esta realizando una actividad de

aprendizaje o una actividad de trabajo pues las dos son complementarias e inseparables.

Y nuevamente encontramos disposiciones nuevas desde el punto de vista académico y administrativo cuando leemos: “es obligación de los residentes; realizar cuando menos un trabajo de investigación médica durante su residencia, de acuerdo con los lineamientos y las normas que para tal efecto emita la Unidad Médica Receptora de Residentes y los residentes del último año de especialidades y subespecialidades, deberán cumplir un período de rotación por las unidades de atención médica que determine la unidad administrativa competente, como servicio social profesional especializado, de acuerdo con lo establecido por el artículo 88 de la Ley General de Salud y en concordancia con el punto 5.4 de la presente Norma.”

Por último se nos hace la aclaración de que también es una obligación del residente dedicar tiempo exclusivo a la residencia en la Unidad Médica Receptora asignada, para el cumplimiento de los programas académico y operativo correspondientes. Circunstancia que analizaremos más a fondo en nuestro próximo capítulo.

En el numeral 11 se nos brindan las características de las guardias la cuales por su importancia para nuestra investigación transcribimos íntegramente:

11. Guardias

11.1 Los residentes deben cumplir las guardias dispuestas, en frecuencia y duración, por la unidad administrativa competente, que no podrán exceder de una guardia cada tres jornadas de trabajo, alternando domingos y días festivos.

11.2 Las guardias en días hábiles inician a la hora en que termina la jornada de trabajo y concluyen a la hora establecida para iniciar la siguiente jornada laboral, de acuerdo con el reglamento de la unidad médica receptora.

11.3 Los sábados, domingos y días festivos las guardias serán de 24 horas en el horario establecido por el reglamento de la unidad.

En este rubro es muy importante mencionar que a las Guardias no se les considera parte de la jornada de trabajo, ni tampoco como períodos extraordinarios de trabajo, aunque en ellas se llevan a cabo actividades de trabajo subordinadas además de las actividades de práctica y aprendizaje. Sin embargo más adelante en el numeral 14 sobre el rubro de sanciones y con relación a las asistencias y guardias leemos:

Son causas especiales de rescisión de la relación de trabajo, y por tanto de cancelación de la residencia:

“La inasistencia injustificada al 20% de las actividades académicas o prácticas en los servicios, serán causa de rescisión. Sólo en casos plenamente justificados, y previo análisis por la unidad administrativa competente, se podrá autorizar la repetición del ciclo lectivo en que se encuentre el médico residente.”

“La ausencia injustificada del residente en su servicio o la imposibilidad para localizarlo durante el horario de servicio o de guardia será causa de rescisión, de acuerdo con las normas aplicables de cada institución de salud.”

Estos señalamientos nos informan de manera indirecta la importancia que tienen las asistencias, lo cual nos suena lógico pero también nos hace preguntarnos ¿Por qué las guardias al no ser consideradas parte de la jornada de trabajo son indispensables para salvaguardar la relación de trabajo del medico residente?

Para finalizar el estudio de la NOM en el numeral 15 encontramos varias definiciones dentro de las cuales se nos aporta lo siguiente:

“Los programas operativos del último año de las especialidades de Anestesiología, Cirugía General, Ginecobstetricia, Pediatría,

Medicina Interna, Medicina Familiar y de otras especialidades y subespecialidades que la unidad administrativa competente determine con base en las recomendaciones de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, deberán incluir un periodo de rotación por unidades de atención médica del área rural o de nivel resolutivo menor al de la unidad de adscripción.”

En esta disposición volvemos a encontrar al Servicio Social Profesional como parte integrante del programa operativo que deben cubrir los residentes, el cual según el programa y normas de rotación de campo de los residentes de los cursos mencionados por los hospitales rurales “S” del sistema IMSS-solidaridad, se establece una rotación de cuatro a seis meses de duración en el último grado formativo de la especialidad, en virtud de que los médicos en esa etapa de su preparación ya han adquirido las aptitudes clínicas para poderse desempeñar con una supervisión menos estrecha.

Nuestro comentario final con relación a la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994 para la Organización y Funcionamiento de las Residencias Médicas, es que esta norma profundiza, da cuerpo y sustancia a los ordenamientos de la Ley Federal del Trabajo, la Ley General de Salud y Ley General de Educación, sin embargo en su texto podemos encontrar contradicciones hacia las mismas leyes que regula, que tienen un amplio impacto sobre el estatus laboral de los médicos residentes que analizaremos más a fondo en el siguiente capítulo.

3.5 Contrato Colectivo de los Trabajadores del IMSS 2007-2009

El Contrato Colectivo que rige las relaciones entre el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social que representa a todos sus trabajadores, incluidos los residentes en período de adiestramiento; se firmó el 15 de octubre de 2005, y según dispone en su Cláusula 136, tendrá vigencia a partir del 16 de octubre de 2005 en forma

indefinida y será revisable en los términos señalados en los artículos 397, 398 y 399 de la Ley Federal del Trabajo, o los que correspondan en lo futuro.

El contrato colectivo se compone una declaración, una presentación y consta de 153 cláusulas, repartidas en veintidós capítulos, también cuenta con una serie de anexos y 26 reglamentos complementarios, siendo para nosotros el más importante, el Reglamento de Médicos Residentes en Período de Adiestramiento de una Especialidad. Esta gran extensión de contenidos nos da una idea del tamaño y complejidad con que cuenta el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Comenzaremos el estudio de este contrato colectivo diciendo que los médicos en período de adiestramiento para realizar una especialidad, al ingresar a una Unidad Receptora de Residentes del IMSS, tienen que firmar este contrato colectivo pero hay que tomar en cuenta que los residentes son sólo algunos de muchos tipos de trabajadores con que cuenta el Instituto, debemos considerar que este cuerpo normativo es general para todos los trabajadores del IMSS, y que dentro de este documento normativo en sus 153 cláusulas no encontramos ninguna que este destinada de manera única al régimen de los médicos residentes. De esta manera cuando este contrato señala derechos y obligaciones lo hace de manera general para todos los trabajadores y los reglamentos que de él emanan deben de ser coherentes con la normatividad de la Ley Federal del Trabajo.

En la cláusula 1 sobre definiciones para la interpretación y aplicación de este contrato encontramos las siguientes que interesan a nuestro tema de estudio:

Jornada: El número de horas de trabajo, que de acuerdo con su nombramiento, el trabajador está obligado a laborar en los términos de este Contrato.

Salario: Es el ingreso total que obtiene el trabajador como retribución por sus servicios.

Sueldo: Es la cuota mensual asignada al trabajador en el Tabulador de Sueldos, como pago en efectivo por su categoría, jornada y labor normal.

Tabulador de sueldos: Es la lista de categorías y cuotas fijas mensuales en efectivo, agrupadas por ramas de trabajo o escalafonarias y que forma parte de este Contrato.

Trabajador: Es la persona física que presta al Instituto un trabajo personal subordinado, en los términos de este Contrato.

Más adelante en la cláusula 11 encontramos la clasificación de los trabajadores del Instituto como sigue:

1. Trabajadores de Confianza "A";
2. Trabajadores de Confianza "B";
3. Trabajadores de Base;
4. Trabajadores a obra determinada;
5. Trabajadores sustitutos; y
6. Trabajadores que prestan servicios en el Programa Federal IMSS-Oportunidades.

Y posteriormente leemos: “los trabajadores comprendidos en los puntos 3, 4 y 5, provendrán invariablemente de las Bolsas de Trabajo y serán contratados en los términos de la Cláusula 23 de este Contrato.”

En la cláusula 16, encontramos la definición de los trabajadores de base, que nos dice que éstos son todos aquellos, que ocupan en forma definitiva un puesto tabulado, conforme a las normas de este contrato. Además en el tabulador de sueldos base encontramos registradas las categorías desde el Residente de primer año, hasta el residente de octavo año por lo cual consideramos que los médicos en período de adiestramiento ocupan la clasificación de trabajadores de base aunque su definitividad sólo dure el período necesario para llevar a cabo su especialidad.

Siguiendo nuestro estudio de este contrato leemos; que se distinguirán los siguientes tipos de trabajadores de base:

1. Con adscripción y horario fijo, que llevarán especificado en su nombramiento u oficio de comisión la adscripción y el horario, jornada y categoría.

2. Sin adscripción fija y con horario móvil dentro de su turno fijo, que llevarán especificado en su nombramiento y oficio de comisión, jornada, turno y categoría.

3. Con adscripción fija con horario y turno móvil, que llevarán especificado en su nombramiento u oficio de comisión, jornada, turno y categoría.

4. Sin adscripción fija, con horario y turno móvil, que llevarán especificado en su nombramiento u oficio de comisión, jornada, turno y categoría.

Los trabajadores a que se refieren los puntos 2, 3 y 4 de esta Cláusula serán contratados exclusivamente para las coberturas del ausentismo previsto e imprevisto de acuerdo a la revisión de plantillas en cada centro de trabajo.

Por tal razón la categoría que nos interesa que es la de los médicos residentes cae dentro del supuesto número 1, trabajadores con adscripción y horario fijo. Mas adelante en la cláusula 21 se nos brinda una lista de características que debe cubrir el nombramiento de un trabajador de base:

- a) Nombre del trabajador;
- b) Matrícula;
- c) Categoría y clave de la plaza;
- d) Jornada;
- e) Sueldo;
- f) Adscripción; y
- g) Turno.

La fecha de la toma de posesión se comunicará al Sindicato, así como el horario y los días de descanso semanal asignados al trabajador de que se trate.

De esta manera nos damos cuenta que a pesar de que el residente sea un médico que no tenía una relación de trabajo previa con IMSS, al firmar su contrato como residente este pasa a tener la categoría de trabajador de base, con una adscripción y horario fijo, consideración que es muy importante ya que en nuestra experiencia los médicos residentes son vistos por otros trabajadores del Instituto más como estudiantes que cursan estudios por medio de una beca, que como compañeros de trabajo, consideración que volveremos a retomar más adelante cuando sea pertinente.

Siguiendo con nuestro estudio, en la cláusula 28 encontramos que las jornadas normales de los trabajadores en las diferentes dependencias podrán ser de seis y media y ocho horas. Los trabajadores tendrán jornadas de ocho horas diarias en la medida que esto sea necesario para los servicios del Instituto. En las mismas categorías podrán existir los dos tipos de jornada. Las horas de entrada y salida de las distintas labores, estarán fijadas en el Reglamento Interior de Trabajo, o en el nombramiento de cada trabajador.

Como se mencionó en su oportunidad los residentes por el tipo de labor que llevan a cabo tienen señalada una jornada de trabajo dentro del hospital de ocho horas, y las guardias no se consideran dentro de la misma jornada, por lo cual, lo que se especifica en las cláusulas: 29 sobre la acumulación y distribución de jornadas, 32 sobre tiempo extraordinario, 33 del pago en efectivo del tiempo extraordinario y guardias, 34 potestad, 35 forma de pago de tiempo extraordinario, 36 servicios extraordinarios, aviso al sindicato, y 37 pago de salario de tiempo extraordinario no les aplica a ellos, de conformidad con lo estipulado en el Reglamento de Residentes del IMSS.

La cláusula 45 que trata sobre “Guardias” tampoco les aplica a los médicos residentes, por lo que explicaremos a continuación: El IMSS por ser una entidad de suma importancia, que realiza una cantidad tal de funciones que no pueden suspenderse en ningún día del año, tiene que prever que esas

funciones se sigan llevando a cabo por medio de guardias, y aunque en la NOM-090-SSA1-1994 para la Organización y Funcionamiento de las Residencias Médicas, se habla también de guardias de para los residentes, en cada ordenamiento la misma palabra designa a un concepto diferente, ya que en el contrato colectivo se denomina guardias a las actividades que se realizan fuera de las jornadas laborales normales y estas pueden ser llevadas a cabo por cualquier tipo de trabajador del IMSS; mientras que en la NOM, las guardias se refieren a el conjunto de actividades asistenciales y académicas que realiza el residente al término de la jornada de trabajo, en la unidad de atención médica a la que está asignado y de acuerdo con el programa operativo correspondiente. En el reglamento de médicos residentes en período de adiestramiento en una especialidad del IMSS, a las guardias que realizan los médicos residentes se les denomina como: “Instrucción Clínica complementaria”. Por lo tanto lo que describe la cláusula 45 antes mencionada no aplica a los médicos que cursan una residencia.

Prosiguiendo con nuestro estudio de este contrato, en el Capítulo VII sobre los descansos encontramos:

Cláusula 46.- Descanso Diario, Semanal y Obligatorio

[...]

II. Descanso semanal. Todos los trabajadores tendrán derecho a dos días consecutivos de descanso semanal que serán fijos. Los días de descanso semanal serán los sábados y domingos; sin embargo, en los servicios que así lo requieran y previo acuerdo de las partes, podrán fijarse otros días, tomando en consideración que por cada cinco días de labor, el trabajador disfrutará de dos días de descanso con goce de salario íntegro.

[...]

Los trabajadores que laboren los domingos disfrutarán de una prima adicional de un 25 por ciento sobre el salario de un día ordinario de trabajo. Incluyendo a los trabajadores comisionados al Sindicato,

conforme a lo señalado en la Cláusula 42 del Contrato Colectivo de Trabajo.

Como podemos observar lo contenido en estas cláusulas sobre los descansos semanales es contrario a la realidad que viven los médicos residentes, pues cuando estos realizan guardia en sábado ó domingo, dejan de tener dos días de descanso consecutivos en esa semana de trabajo, lo cual no se repone con algún día de descanso adicional en la semana. Además al no considerarse a la Instrucción Clínica Complementaria, como parte de la jornada de trabajo no disfrutaban de la citada prima del 25% adicional sobre el salario.

Continuando con nuestro estudio, en la Cláusula 93 sobre Salario encontramos lo siguiente:

El Salario se integra con los pagos hechos en efectivo por sueldo, gratificaciones, percepciones, habitaciones, primas, comisiones, prestaciones en especie y cualquiera otra cantidad o prestación que se entregue al trabajador a cambio de su trabajo en los términos de este Contrato.

De esta manera el salario de los médicos residentes se conforma de dos elementos principales: un sueldo y una beca y a continuación transcribimos la tabla de estas percepciones tomada del tabulador de sueldos del IMSS del año 2008:

MÉDICOS RESIDENTES EN PERIODO DE ADIESTRAMIENTO

C A T E G O R I A	Sueldo Mes-Pesos	Beca Mes-Pesos	Total Mes-Pesos
Residente (R 1)	1,416.18	1,737.46	3,153.6
Residente (R 2)	1,532.90	1,870.80	3,403.70
Residente (R 3)	1,571.76	1,915.22	3,486.98
Residente (R 4)	1,611.08	1,959.82	3,570.90
Residente (R 5)	1,659.44	2,018.58	3,678.02
Residente (R 6)	1,709.18	2,079.16	3,788.34
Residente (R 7)	1,760.50	2,141.58	3,902.08
Residente (R 8)	1,813.28	2,205.82	4,019.10

Además también podemos encontrar otro supuesto que se presenta cuando un médico sin especialidad es ya un trabajador de Instituto, con una relación de trabajo previa y cumple con los requisitos para llevar a cabo una residencia medica; en este caso el trabajador puede solicitar una beca de capacitación y adiestramiento, de acuerdo al reglamento de Becas para la Capacitación de los Trabajadores del Seguro Social, las cuales podrán ser de las siguientes categorías:

Artículo 6. Las becas serán de las siguientes clases:

- I. Becas íntegras para el extranjero o para la República;
- II. Becas parciales para el extranjero o para la República;
- III. Becas con goce de salario;
- IV. Becas sin goce de salario; y
- V. Becas de reducción de jornada

La cantidad y tipo de becas están condicionadas por las necesidades del IMSS, y se acuerdan con la participación del Director General del Instituto y por las Direcciones de los programas elaborados de acuerdo con la Comisión Nacional Mixta de Capacitación y Adiestramiento (artículos 3, 4 y 5 del citado reglamento). Aquí nuevamente aparece otra incongruencia, pues en el caso de que un trabajador siga gozando con su salario normal al estar realizando una residencia, esto rompe con el principio de igualdad contenido en la cláusula 27 de este contrato, "Nivelación" que estipula:

Las partes se obligan a mantener y a aplicar estrictamente el principio de que a trabajo igual o equivalente, corresponde salario igual o equivalente.

En el cuerpo de este contrato colectivo también encontramos que los médicos residentes son beneficiarios al igual que los demás trabajadores del Instituto de múltiples beneficios los cuales en este momento nos limitaremos a enunciar, para analizarlos más afondo en nuestro siguiente capítulo:

- Vacaciones

- Aguinaldo
- Seguro de vida
- Atención médica y dental de riesgos y enfermedades de trabajo, para ellos, y de enfermedades generales para su familia y dependientes económicos
- Anteojos, prótesis órtesis y aparatos de ortopedia
- Ayuda para Pago de Renta de Casa-Habitación
- Ropa de trabajo, uniformes y gafete
- Mobiliario, útiles, herramientas e instrumentos de trabajo
- Vestidores y lugares para guardar de los útiles y ropa
- Alimentación
- Ayuda especial durante la maternidad
- Guarderías infantiles
- Reparto de juguetes
- Descuentos en tiendas del Instituto y vales de despensa
- Compensación para el personal que labore en lugares con altos costos de vida
- Prestamos para la adquisición de vivienda y automóviles
- Ayuda para escrituración
- Fondo de ahorro para el retiro y fondo de ahorro

Para concluir con este punto consideramos necesario establecer que de acuerdo con la cláusula 133 sobre el Reglamento Interior de Trabajo, se especifica que “el Reglamento Interior de Trabajo se ajustará a las prescripciones de este Contrato y a las de la Ley Federal del Trabajo”. Y también es muy importante señalar el contenido de la Cláusula 135. “resolución en caso de duda: “Las partes reconocen y por tanto aplicarán en este Contrato, como principio de derecho laboral, el de que en caso de duda, deberá favorecerse al trabajador y estar a lo que más le beneficie. Las partes convienen en aplicar este mismo principio de derecho laboral a todos los

procedimientos de investigación, en que sea dudosa la culpabilidad del trabajador”.

Como se puede observar del estudio detallado de las disposiciones que atañen a los médicos residentes, hay muchos puntos que pueden suscitar controversia sin embargo en el último capítulo de este trabajo nos ocuparemos mas afondo de su esclarecimiento.

3.6 Reglamento de médicos residentes en período de adiestramiento en una especialidad en el IMSS

Este Reglamento de médicos residentes es uno de los complementos del Contrato Colectivo de Trabajo celebrado entre el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS) y se encuentra como anexo al final de dicho contrato.

El Reglamento de médicos residentes en período de adiestramiento en una especialidad, consta de 36 artículos, en este conjunto de normas encontramos conceptos y definiciones que ya hemos estudiado con anterioridad por lo cual no los mencionaremos, solamente nos enfocaremos a los aspectos nuevos e interesantes que incumben a nuestro tema de estudio.

El Reglamento señala en su primer artículo que, en él se establecen las condiciones de trabajo entre los Médicos Residentes en período de adiestramiento en una especialidad y el IMSS, es decir se reitera la consideración a favor médico en capacitación, de que es un trabajador; con todos los derechos emanados de esta relación, exceptuándose la estabilidad del empleo, ya que su contratación emana de su proceso de aprendizaje y por lo tanto al terminar su período de adiestramiento, se extingue la causa que originó la relación de trabajo.

Otro aspecto que regula este reglamento concierne a la contratación de los médicos residentes, lo cual tiene sus lineamientos principales en los artículos 21, 22, 23, 25 y 26. Resumiendo brevemente sus contenidos encontramos que se puede ingresar a una plaza de residencia en el IMSS, por dos supuestos; uno siendo el médico aspirante, trabajador de planta del Instituto, puede obtener una beca para capacitación (conforme al derecho derivado del artículo 132 fracción XV de la LFT); y el segundo supuesto, que siendo un médico sin relación de trabajo previa, obtenga una plaza para realizar su residencia en el IMSS, mediante una propuesta del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, teniendo en cuenta que primero hay que afiliarse a este sindicato. En este caso según nuestra opinión, se coarta la libertad de asociación de los médicos que están en este supuesto, ya que aunque hayan aprobado el examen nacional de aspirantes a residencias médicas, y cumplan con todos los demás requisitos que les son exigibles, si no se afilian al Sindicato de Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social, no podrán ser aceptados en ninguna de las unidades receptoras de residentes del IMSS, ya que por virtud de la cláusula 22 del contrato colectivo (derivada del artículo 395 de la LFT), sólo pueden ocupar esas plazas los trabajadores afiliados al sindicato.

Por lo que corresponde a los aspectos académicos y operativos de los planes y programas de estudio de las residencias médicas, también se rigen por varios artículos contenidos en este reglamento. El artículo 3 menciona que el IMSS cumplirá con el programa académico de la División de Estudios Superiores de la Escuela o Facultad de Medicina de la Institución Educativa correspondiente, que contendrá las actividades curriculares y extracurriculares. Es decir de acuerdo con este artículo, podemos dividir las actividades que realizan los médicos residentes en su período formativo como curriculares y extracurriculares; siendo las más importantes las primeras. Las actividades extracurriculares se definen de manera detallada en los artículos 16 y 17 de

este reglamento, y se consideran complementarias de la formación de los médicos residentes.

Las actividades curriculares que son las más importantes dentro de los lineamientos del programa académico, se encuentran normadas por el contenido de los artículos 4 al 15 de este reglamento y se dividen en los tres rubros siguientes:

- La Instrucción Académica,
- El Adiestramiento Clínico y
- “La Instrucción Clínica Complementaria” (que en la NOM-090-SSA1-1994 se denomina como “guardias”)

La Instrucción Académica, consistirá en conferencias, sesiones clínicas, anatomoclínicas, clínico-radiológicas, bibliográficas y otras actividades similares, y el tiempo que dedicarán los médicos residentes para recibir la instrucción académica será de un mínimo de cinco horas semanales.

El Adiestramiento Clínico consiste en realizar maniobras médicas, quirúrgicas, obstétricas, ortopédicas etc. y requiere la participación activa de los médicos residentes y esta sujeto a las indicaciones y supervisión de los médicos del Instituto, además también implica la elaboración de historias clínicas y notas en el expediente en las formas que utilice el Instituto. El Adiestramiento Clínico se efectuará mediante la enseñanza tutelar que impartirán los Jefes de División, los Jefes de Departamento Clínico y los Médicos de Base.

Un concepto muy interesante que se nos brinda en este reglamento es el de “la práctica clínica” de la cual no se nos aporta una definición particular pero derivado de nuestra experiencia la podemos conceptualizar: como el

contacto que tiene el médico con los pacientes y su enfermedad, mediante el cual se afianzan los conocimientos y habilidades, que se adquieren en la residencia médica. En el artículo 11 se estipula que la práctica clínica se impartirá dentro de las tres actividades mencionadas anteriormente; la instrucción académica, el adiestramiento clínico y la instrucción clínica complementaria.

Con relación a la Instrucción Clínica Complementaria, se rige por el contenido de los artículos 12, 13 y 14, estos ordenamientos prescriben que esta será adicional a la práctica clínica señalada para la instrucción académica y el adiestramiento clínico; y como se menciono anteriormente comparte las mismas características del concepto de “Guardia” que se encuentra en la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994 para la Organización y Funcionamiento de las Residencias Médicas. Sí el médico residente transgrede su campo normativo podrá ser sancionado con la rescisión de la relación de trabajo (artículo 34)

Las condiciones de trabajo de los médicos residentes se definen gracias al artículo 30 de este reglamento, el cual por su importancia nos atrevemos a transcribir de manera integra:

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 sueldo 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.

Como podemos observar los médicos residentes según este artículo tienen los mismos derechos de los trabajadores no estudiantes de instituto, circunstancia muy debatible que analizaremos en el siguiente capítulo de nuestra investigación.

Además tendrán derecho de un sueldo mensual, de una beca y una ayuda monetaria del 50% de su colegiatura universitaria, lo cual nos hace preguntarnos el porqué de estas prestaciones, ¿acaso no sería suficiente el otorgarles un salario remunerador con las características que marca el Capítulo V, de nuestra Ley Federal del Trabajo?

En los artículos finales de este reglamento encontramos, normas referentes a la manera como el médico que con anticipación a su ingreso en una residencia ya era trabajador del IMSS, se reincorporará a sus labores al concluir su especialidad; así como también los médicos que no tenían una relación de trabajo preexistente, podrán ingresar a la bolsa de trabajo del Instituto.

Una consideración final que debemos incluir en este capítulo donde analizamos la normatividad relativa para la residencia médica y los médicos residentes, es sobre el Lineamiento General de Postgrado, el cual rige el ámbito de procedimientos correspondientes a las Unidades Operativas del IMSS en todo el país, en él se contienen los lineamientos normativos generales para el Coordinador Delegacional de Educación Médica, para efectuar la planeación, desarrollo, evaluación y control, de los cursos que se imparten en las UMRR.

Y en su mismo texto leemos; “Estos lineamientos, que tienen una mayor aplicación administrativa que docente, tienen el propósito de ir favoreciendo ambientes educativos y laborales que propicien el aprendizaje autónomo. Y nuevamente encontramos en las políticas de este documento “Los

trabajadores del IMSS aceptados en cursos de especialización en medicina tendrán las obligaciones inherentes a los médicos residentes, de acuerdo al Contrato Colectivo de Trabajo.”

CAPÍTULO 4

CONDICIONES LABORALES DEL MÉDICO RESIDENTE EN EL IMSS

Reflexionando sobre los aspectos más sobresalientes que hemos encontrado a través de nuestra investigación en los primeros capítulos de este trabajo de tesis es oportuno hacer un resumen de lo más trascendente. Por su importancia para las sociedades humanas la educación de los médicos desde sus orígenes, ha tomado diversas formas que han sido moldeadas por los conocimientos y las técnicas disponibles en cada época, así como también por factores políticos y sociales. En los últimos siglos el auge que ha vivido la humanidad en los campos de la ciencia y la tecnología ha llevado al desarrollo del actual sistema de residencias médicas como medio para la formación de los médicos especialistas.

En el caso de México el sistema de residencias medicas deriva de la adopción del sistema norteamericano en lo concerniente al esquema académico, mientras que las características socioeconómicas y políticas de nuestro país en el siglo XX, que se caracterizaron por un abuso hacia los aprendices en general, dieron por resultado el que los médicos en período de adiestramiento para realizar una especialidad, pasaran a ser considerados trabajadores realizando un trabajo especial, en lugar de ser considerados simplemente como estudiantes. Tomando esta reflexión como punto de partida, ahora en esta cuarta parte de nuestra investigación, analizaremos de manera más amplia y con base en el marco normativo descrito en el capítulo anterior, las condiciones laborales actuales de los médicos residentes del IMSS.

4.1 Salario

De acuerdo con la opinión del maestro Alberto Briceño Ruiz, tomada de

su obra *Derecho Individual del Trabajo*, cuando se refiere a los aspectos generales del salario, nos dice: “el salario es la prestación más importante que el patrón debe al trabajador por los servicios que éste presta a la empresa”,¹⁰⁶ sin embargo como ya hemos mencionado anteriormente la relación de trabajo entre las Unidades Médicas Receptoras de Residentes y los médicos residentes, surge de la necesidad que tiene el país de contar con médicos especialistas, y del interés de los médicos generales para cursar una especialización de posgrado. De esta manera el médico residente se encuentra recibiendo además de un salario, el beneficio de una preparación y adiestramiento que le permitirá elevar tanto su nivel de conocimientos como su nivel de ingresos.

En la Ley Federal del Trabajo, encontramos varios ordenamientos que tratan de manera general sobre el salario, el artículo 82 señala que el salario es la retribución que debe pagar el patrón al trabajador por su trabajo; el artículo 85 nos dice que el salario debe ser remunerador y nunca menor al fijado como mínimo de acuerdo con las disposiciones de esta ley, y que para fijar el importe del salario se tomarán en consideración la cantidad y calidad del trabajo. Y el artículo 86 especifica que a trabajo igual, desempeñado en puesto, jornada y condiciones de eficiencia también iguales, debe corresponder salario igual. Sin embargo en el capítulo XVI de esta misma ley; que trata sobre el trabajo de los médicos residentes en período de adiestramiento en una especialidad, no se hace mención directa sobre las características del salario de los médicos residentes por lo cual debemos entender que estas serán determinadas por los ordenamientos generales de la ley, y por lo pactado en el contrato colectivo de trabajo.

La LFT, como destacamos en su momento, señala que el Médico Residente tiene como derecho especial “Disfrutar de las prestaciones que

¹⁰⁶ BRICEÑO RUIZ, Alberto, *Derecho Individual del Trabajo*, Editorial Harla, México, 1985, p. 350

sean necesarias para el cumplimiento de la Residencia”. Sin embargo consideramos que el salario en ningún momento puede considerarse como un derecho especial, pues constituye uno de los elementos fundamentales de la relación de trabajo.

Por otra parte es importante mencionar con relación al salario, que en la Norma Oficial Mexicana para la Organización y Funcionamiento de las Residencias Médicas, dentro de los derechos de los médicos residentes listados en el numeral 9; en el inciso 9.1.1, podemos leer: “Disfrutar de las remuneraciones estipuladas y, además, de las prestaciones que coadyuven al cumplimiento de la residencia, de acuerdo con las recomendaciones de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud”. Y si bien en este ordenamiento no se usa la palabra salario, el concepto remuneración, lo asimila y también podemos observar como esta norma, otorga a la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, el papel de autoridad en materia de derecho del Trabajo, ya que este ordenamiento le faculta para emitir recomendaciones respecto a las cantidades que se les estipulan por concepto de salario a los médicos residentes en todo el país, lo cual pudiera ser cuestionable ya que nosotros consideramos que por su importancia esta prestación debería fijarse de acuerdo a las negociaciones realizadas por las partes involucradas en esta relación de trabajo, es decir por una parte las autoridades administrativas de IMSS y por la otra el sindicato de trabajadores del IMSS como representante de los médicos residentes.

Cuando buscamos más normatividad que nos señale las características del salario, en el Reglamento de Médicos Residentes del IMSS, el artículo 30 nos hace una referencia directa al salario cuando menciona:

“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 sueldo mensual de conformidad con el tabulador de sueldos convenido”.

De acuerdo con lo anterior, y pasando al análisis del contenido del Contrato Colectivo de Trabajo, en relación al salario que perciben los médicos residentes del IMSS; en su cláusula primera, encontramos las siguientes definiciones:

Salario: Es el ingreso total que obtiene el trabajador como retribución por sus servicios.

Sueldo: Es la cuota mensual asignada al trabajador en el Tabulador de Sueldos, como pago en efectivo por su categoría, jornada y labor normal.

Tabulador de sueldos: Es la lista de categorías y cuotas fijas mensuales en efectivo, agrupadas por ramas de trabajo o escalafonarias y que forma parte de este Contrato.

Complementando estas definiciones la cláusula 93, ofrece la siguiente aclaración:

El Salario se integra con los pagos hechos en efectivo por sueldo, gratificaciones, percepciones, habitaciones, primas, comisiones, prestaciones en especie y cualquiera otra cantidad o prestación que se entregue al trabajador a cambio de su trabajo en los términos de este Contrato.

Ahora bien, revisando el tabulador de sueldos del contrato colectivo de los trabajadores del IMSS vigente,¹⁰⁷ encontramos los montos mensuales que perciben los médicos residentes, los cuales transcribimos a continuación:

¹⁰⁷ Contrato Colectivo de los Trabajadores del IMSS 2007-2009, www.imss.gob.mx 9 de febrero de 2009, 21:00hrs

- Residente (R 1): 1,524.36
 - Residente (R 2): 1,650.02
 - Residente (R 3): 1,691.86
 - Residente (R 4): 1,734.16
 - Residente (R 5): 1,786.22
 - Residente (R 6): 1,839.76
 - Residente (R 7): 1,895.00
 - Residente (R 8): 1,951.80
- (Las cantidades señaladas son en pesos)

Como podemos observar estas cantidades se estipulan de acuerdo al año de residencia que se encuentran cursando, es decir se toma en cuenta, el grado de complejidad de actividades que los médicos realizan, pero cuando comparamos estos montos con los sueldos de otros trabajadores del Instituto, podemos observar que estas remuneraciones son bastante exiguas para un trabajador con un grado de licenciatura, si las comparamos por ejemplo con los 3117.86 pesos, mensuales que gana un camillero de ambulancia por realizar una actividad que sólo requiere tener una preparación mínima de secundaria, ó con los 5228.76 pesos, que gana un médico general del mismo IMSS.

De esta manera podemos claramente observar como no se cumplen las disposiciones básicas de la Ley Federal del Trabajo, ya que a los médicos residentes, no se les brinda un salario remunerador, pues lo que se les paga no va acorde con lo estipulado en los artículos 85 y 86 ya antes mencionados, ya que no se toma en cuenta la cantidad y calidad del trabajo que desarrollan, además de que tampoco se les paga cumpliendo la disposición de que a trabajo igual, la remuneración debe de ser igual, ya que consideramos que para realizar las labores de un médico residente, este médico cuenta con un grado de licenciatura, al igual que los médicos generales del Instituto, y que las actividades que realiza durante su residencia tienen por lo menos la misma importancia y grado de complejidad que las realizadas por los médicos generales, pues consisten en brindar atención

médica a los beneficiarios del Instituto, así; los médicos residentes al igual que los médicos generales, interrogan, examinan, diagnostican y dan tratamiento a los pacientes; si bien, como ya se mencionó anteriormente, bajo la supervisión de personal más calificado, el impacto de su trabajo con relación al servicio que se presta a los afiliados al IMSS, tiene la misma trascendencia que la de los médicos generales.

Sin embargo en lugar de otorgárseles el mismo sueldo, que a los médicos generales, se les otorga solamente una cantidad que corresponde al 29.1% del sueldo regular de un médico general, durante el primer año de residencia.

Además es muy importante señalar que a los períodos de “guardias”, ó también llamados “instrucción clínica complementaria” por el Reglamento de Médicos Residentes del IMSS, no se les considera como una parte de la jornada de trabajo y por lo tanto tampoco se les otorga una remuneración, por las actividades que se llevan a cabo dentro de estos períodos, Esta circunstancia atenta no solo en contra del derecho de los médicos residentes a un salario justo por las actividades que realizan a favor de el Instituto, sino también viola los derechos fundamentales de nuestro artículo 123 Constitucional y de la Ley Federal del trabajo con relación a la duración máxima permitida para las jornadas de trabajo y los períodos de descanso para los trabajadores, esta circunstancia será analizada con más detalle en el inciso correspondiente.

4.1.1 Beca

Según el Nuevo Diccionario Español Ilustrado Sopena, la palabra beca es un sustantivo femenino, que se refiere a un distintivo que usaban los colegiales, “embozo de capa”, ó también se utiliza como sinónimo de plaza ó

prebenda colegial, estipendio ó pensión temporal que se concede a uno para que continúe ó concluya sus estudios.¹⁰⁸

Como ya analizamos en el capítulo 2, sobre los antecedentes de las residencias médicas, en la década de los sesenta y anteriores del siglo XX, en nuestro país, a los médicos residentes se les consideraba únicamente como becarios y posteriormente a los esfuerzos que realizaron con su movimiento médico de los años 1964 y 1965, lograron que en la Ley Federal del Trabajo de 1970, se les otorgara el estatus jurídico de trabajadores en funciones de un trabajo especial, sin embargo como el maestro Pozas Horcasitas lo señala en las conclusiones de su obra *La Democracia en Blanco, el Movimiento Médico en México: 1964-1965*, “al final de todo este movimiento los médicos residentes se encontraron con que se les obligaba a firmar un contrato-beca, de características muy similares al que se les hacía firmar antes de iniciarse el movimiento médico, años atrás; es decir, un contrato conforme el cual los médicos residentes veían reducidas muchas de sus prestaciones económicas en relación con las enormes cargas de trabajo que tenían que realizar”.¹⁰⁹

A pesar del que el citado libro de Pozas Horcasitas fue editado en el año de 1993, a 23 años de expedida la ley, y a 16 años del momento actual, las condiciones de trabajo de los médicos residentes siguen siendo las mismas en cuanto a los rubros citados; una remuneración inequitativa y jornadas de trabajo que no van de acuerdo a los principios generales del Derecho del Trabajo, de esta manera aunque a primera vista cuando en el tabulador de sueldos encontramos que a los médicos residentes se les otorga además de un sueldo, una beca para realizar sus estudios, en ningún

¹⁰⁸ ALEMANY Y BOLUFER J Nuevo Diccionario Ilustrado Sopena de la Lengua Española, op. cit. p.166

¹⁰⁹ POZAS HORCASITAS, Ricardo, La Democracia en Blanco. El movimiento Médico en México: 1964-1965, op. cit. p. 179.

momento se les esta beneficiando, ya que aún así, reciben un salario en el que no se toma en cuenta el trabajo que realizan durante sus periodos de practica clínica complementaria (guardias) y que tampoco cumple las disposiciones de los artículos 85 y 86 de la LFT, y 27 del contrato colectivo, que se correlaciona con los anteriores cuando estipula que:

“Las partes se obligan a mantener y a aplicar estrictamente el principio de que a trabajo igual o equivalente, corresponde salario igual o equivalente”.¹¹⁰

Además el Contrato Colectivo de Trabajo, en su cláusula 112, dispone lo relativo a las becas que el Instituto Mexicano del Seguro Social puede otorgar, en los siguientes términos:

El Instituto se obliga a conceder, por conducto de la Comisión Nacional Mixta de Becas, las becas a que se refiere el Reglamento que se adjunta y que forma parte de este Contrato a los trabajadores que sean estudiantes en carreras universitarias, de tipo politécnico o de educación media superior se les darán facilidades, sin perjuicio de las labores del Régimen de Seguridad Social. Los pasantes de cualquiera de los tipos de carreras mencionadas en el párrafo anterior que tengan que cumplir con el Servicio Social y/o prácticas profesionales, gozarán de becas de conformidad con el Reglamento respectivo.

Como podemos observar en la cláusula anterior no se menciona en ningún momento a los médicos en periodo de una residencia, como beneficiarios de una beca, pues a pesar de ser estudiantes, ellos se encuentran realizando un postgrado de acuerdo al artículo 37 de la Ley General de Educación, por lo cual en nuestra opinión, No existe un fundamento jurídico, por el cual, en el tabulador de sueldos se les otorgue a los médicos residentes esta prestación, que como hemos mencionado lejos de beneficiarlos, les perjudica ya que es un medio de impedirseles que se les

¹¹⁰ Contrato Colectivo de los Trabajadores del IMSS 2007-2009, op.cit. p 26

retribuya con un salario justo y adecuado a las actividades que realizan en favor del Instituto y de los trabajadores afiliados a este.

Derivados de estos hechos arbitrarios e inequitativos encontramos dos supuestos jurídicos que se contraponen, por una parte si tomamos en cuenta el supuesto de los médicos generales que ya tienen una relación de trabajo previa con el IMSS y que cubren los requisitos para cursar una residencia médica, en caso de que se les otorgue una beca con goce de salario íntegro, se violaría la mencionada cláusula 27 del contrato colectivo, en perjuicio de los médicos residentes que no tienen relación previa de trabajo con el Instituto y por otra parte cuando se les otorga el salario de acuerdo a lo estipulado al tabulador de sueldos para médicos residentes, se violan sus derechos de capacitación, adiestramiento, escalafonarios y de antigüedad de que gozan en virtud del mismo contrato colectivo de trabajo.

No tenemos más comentarios por agregar a este punto, por lo cual sólo nos queda reproducir el cuadro de remuneraciones de los médicos residentes, del contrato colectivo de trabajo vigente e incluir las remuneraciones de los camilleros y de los médicos generales para que nos sirvan como punto de referencia para realizar una comparación que nos ayude a dimensionar este problema:

C A T E G O R I A	Sueldo	Beca	Total
Residente (R 1)	1,524.36	1,870.22	3,394.58
Residente (R 2)	1,650.02	2,013.74	3,663.76
Residente (R 3)	1,691.86	2,061.56	3,753.42
Residente (R 4)	1,734.16	2,109.56	3,843.72
Residente (R 5)	1,786.22	2,172.80	3,959.02
Residente (R 6)	1,839.76	2,238.02	4,077.78
Residente (R 7)	1,895.00	2,305.20	4,200.20

Residente (R 8)	1,951.80	2,374.34	4,326.14
Camillero de Servicio Ordinarios y Programados D. F. y Valle de México	3,117.86		3,117.86
Médico General en Unidad Médica	5,288.76		5,288.76

4.2 Condiciones Generales

A decir del maestro Alberto Briceño Ruiz, en su ya citada obra *Derecho Individual del Trabajo*, las condiciones generales son: “el reconocimiento y las prestaciones que los trabajadores han logrado a lo largo de la historia, que se traducen en los caracteres fundamentales de toda relación de trabajo: salario, jornada, vacaciones, etcétera”. Asimismo, el autor agrega que “dichas condiciones generales tienen como objeto central al trabajador, a fin de lograr el equilibrio y la realización de la justicia social, a efecto de evitar que el trabajador sea objeto de presiones e imposición de condiciones injustas”.¹¹¹

La Ley Federal del Trabajo en el artículo 181, dispone que los trabajos especiales se rigen por las normas de dicho Título y por las generales de la Ley en cuanto nos las contraríen.

Como complemento a lo anterior, en el artículo 24 de la misma ley, encontramos que las condiciones de trabajo deben hacerse constar por escrito y cuando no existan contratos colectivos aplicables, se harán dos ejemplares, por lo menos uno de los cuales quedará en poder de cada parte.

¹¹¹ BRICEÑO RUIZ, Alberto, *Derecho individual del trabajo*, op. cit., p. 108.

Tomando en cuenta lo anterior, las condiciones generales de trabajo de los médicos residentes en período de adiestramiento de una especialidad del IMSS se encuentran contenidas en el Contrato Colectivo de Trabajo y el Reglamento de Médicos Residentes que lo complementa y en el caso de que se presenten supuestos no previstos por estos ordenamientos se aplicarán los principios generales de la LFT.

El Reglamento de los Médicos Residentes del IMSS lo confirma en su artículo 30 cuando en él leemos: “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 sueldo mensual de conformidad con el tabulador de sueldos convenido”.

Sin embargo como lo hicimos en el análisis de los rubros referentes a salario y beca, en los siguientes puntos de nuestra investigación analizaremos si se cumplen los requisitos mínimos de las condiciones generales de trabajo de los médicos residentes con relación a la jornada, los descansos, vacaciones y demás prestaciones que según el contrato colectivo deben de disfrutar.

4.2.1 Jornada

Antes de comenzar el análisis de la normatividad relativa a este punto comenzaremos por ofrecer al lector una visión de cómo se desarrollan las actividades de los médicos residentes:

De acuerdo con nuestra experiencia al cursar el internado de pregrado en un Hospital General de Zona del IMSS, un residente de primer año, tiene que cumplir con una jornada de lunes a viernes de ocho horas diarias, que se inicia a las 7 am, y termina a las 3 pm.

Su primera actividad es acudir con el residente que cubrió la guardia anterior del servicio al que esta adscrito, para tomar nota del estado de los pacientes que se encontraran a su cargo en hospitalización, rápidamente prepara un resumen de presentación de cada caso, en el cual ofrece un panorama general del estado del enfermo y una vez que todos los residentes han terminado con esta actividad, se reúnen con los médicos docentes para realizar una práctica llamada “visita”, en la que un grupo de médicos de una especialidad en particular, revisa a cada paciente bajo su cuidado, de cama en cama, para analizar su enfermedad, discutir sobre su evolución y establecer las pautas de su tratamiento. Una vez terminada esta actividad, el residente se encarga de asentar en el expediente de cada paciente lo más importante de las conclusiones de la visita, en una nota de evolución.

Durante el transcurso de la jornada, cada residente cuenta con período de 30 minutos para tomar su desayuno y una hora para comer. En cada especialidad del hospital suele haber varios residentes de primer año, los cuales se distribuyen en sus instalaciones para llevar a cabo las actividades propias de su residencia, algunos se ocupan de asistir a otros médicos de mayor grado en el quirófano, otros se encargan de ayudar en la consulta externa de su especialidad, y otros se quedan en el área de hospitalización para llevar a cabo la realización de curaciones, cambio de sondas ó catéteres, toma de muestras para laboratorio. Además si llegan pacientes nuevos a su área de servicio hay que realizar su exploración y valoración además de llenar la documentación de su ingreso la cual consta de una historia clínica completa que es un documento de investigación y análisis

cuya extensión suele requerir de una hora ó más para procesar los datos de un sólo paciente.

En la jornada se pueden incluir una ó dos clases teóricas, además de que también se tiene un período de tiempo para comer. Si el residente no tiene guardia ese día y terminó de realizar las actividades que le fueron encomendadas podrá abandonar su área de servicio y el hospital, sin embargo la mayoría de las veces no se termina con la carga de trabajo durante el tiempo normal de la jornada, además de que frecuentemente se tendrá que acudir a alguna biblioteca para realizar actividades de investigación y estudio, por lo tanto, el tiempo normal que ocupa un residente en un día de actividades oscila entre 10 a 12 hrs como mínimo.

Además en el primer año de la residencia se realizan guardias tipo A,B,C, lo cual quiere decir que, el grupo de residentes es dividido en tres equipos, cada uno de los cuales realizará guardias en días alternos para cubrir las necesidades de atención que requiere el hospital durante los periodos, vespertinos, nocturnos y de días no hábiles. De esta manera cada residente tendrá que realizar una guardia por cada dos días de jornada normal, la guardia inicia a las 3 pm y termina a las 7 am en días hábiles. Los sábados, domingos y días festivos inician a las 7 am y terminan el día siguiente a la misma hora. Es decir la duración de las guardias va de 16 horas a 24 horas y en ocasiones más.

La guardia comienza con una “visita” en la cual se vuelve a examinar a cada paciente, realizándose puntualizaciones de los pendientes que hay que llevar a cabo en su tratamiento. Durante la guardia el equipo de médicos residentes, se distribuye en los servicios del hospital que permanecen trabajando, pudiendo quedarse a cargo de la atención de los pacientes hospitalizados, participar en las actividades quirúrgicas, ó dedicarse a la atención de pacientes en el servicio de urgencias.

Durante la guardia se contempla un descanso para cenar y otro para dormir, siempre y cuando lo permitan las cargas de trabajo; en una guardia un residente suele dormir un período de 2 a 3 hrs como máximo, y antes del término de cada guardia el residente cuenta con un período de tiempo para su aseo personal y la concluye realizando un resumen de verbal ante sus compañeros que inician labores, de lo acontecido con los pacientes a su cargo.

Si la guardia concluye en día hábil, se integrará a las actividades normales de la jornada, continuando sus labores por 8 horas más. Es decir que aunque las guardias en días hábiles duran 16 horas, al continuar con la jornada normal de manera inmediata, el residente lleva a cabo actividades continuas por un período 24 hrs.

Ahora bien según lo dispone el artículo 58 de la LFT, la jornada es el tiempo durante el cual el trabajador está a disposición del patrón para prestar su trabajo.

Además en el capítulo anterior señalamos que en el artículo 353-E se estipulan las características del tiempo que deben pasar los Médicos Residentes en las Unidades Médicas Receptoras de Residentes, de la siguiente manera:

“Dentro del tiempo que el Médico Residente debe permanecer en la Unidad Médica Receptora de Residentes, conforme a las disposiciones docentes respectivas, quedan incluidos, la jornada laboral junto al adiestramiento en la especialidad, tanto en relación con pacientes como en las demás formas de estudio o práctica, y los períodos para disfrutar de reposo e ingerir alimentos”.

Como ya mencionamos el artículo 353-E es una prueba fehaciente de que el objetivo principal de realizar una residencia médica es llevar a cabo un

adiestramiento, ya que cuando leemos que “dentro del tiempo que el Médico Residente debe permanecer en la Unidad Médica Receptora de Residentes, quedan incluidos la jornada laboral junto al adiestramiento en la especialidad”, y que las características de esta modalidad se establecerán “conforme a las disposiciones docentes respectivas”, no nos queda duda que la capacitación es el motivo que origina que el médico residente tenga que permanecer un tiempo adicional al de la jornada de trabajo, en la UMRR.

Sin embargo como mencionamos en el capítulo anterior al analizar el citado artículo 353-E, “no es posible hacer una división de cuándo el médico residente esta llevando a cabo labores propias de su entrenamiento médico, o cuando esta realizando un trabajo a favor del Instituto, pues estas dos actividades son un binomio complementario, indisoluble e inseparable”. Por lo tanto durante la jornada regular de trabajo, como en los períodos de guardias ó también llamados instrucción clínica complementaria, los médicos residentes además de estar recibiendo un adiestramiento, también estan realizando actividades a favor de los afiliados al IMSS y por lo tanto en beneficio del patrón.

Ahora bien las disposiciones docentes que se mencionan en el artículo citado de la LFT, son reguladas en detalle por la Ley General de Salud en su artículo 95 el cual dice:

“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.”

La operación de los programas correspondientes en los establecimientos de salud, se llevará a cabo de acuerdo a los lineamientos establecidos por cada una de las instituciones de salud y lo que determinen las autoridades sanitarias competentes.

De esta manera podemos observar como la disposición de cubrir tiempo adicional para el adiestramiento en una residencia, debe de emanar de las Autoridades Educativas del País (Secretaría de Educación Pública) y de las Universidades que tienen a su cargo los aspectos docentes de los planes de especialización médica, y no debieron haber sido fijados como sucedió en la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994 para la Organización y Funcionamiento de las Residencias Médicas, por la Dirección General de Enseñanza en Salud, dependiente de la Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario de la Secretaría de Salud y por las autoridades administrativas del Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Petróleos Mexicanos, Departamento del Distrito Federal, Beneficencia Española, Hospital American British Cowdray, como se mencionó en el capítulo anterior de nuestra investigación.

De este análisis podemos concluir que cuando dicha norma se elaboró, se prefirió continuar con el antiguo esquema de guardias que transgrede, los derechos laborales de los médicos residentes al someterlos a jornadas de trabajo fuera de los máximos que establece nuestra legislación y además permite que no se les retribuya por las actividades que realizan durante sus guardias. A esto se suma el hecho de que se pasa por alto el que los períodos de actividades continuas, tan largos y agotadores se vuelven antipedagógicos, pues al carecer de períodos de descanso los residentes tienen un aprovechamiento inferior y se encuentran predispuestos a cometer errores y accidentes en el desempeño de sus actividades.

Finalmente podemos concluir de que aún cuando en la Norma Oficial para la Organización y Funcionamiento de la Residencias Médicas en el numeral 3 sobre definiciones y términos; leemos que la Jornada de Trabajo es “el tiempo durante el cual se desarrollan las funciones y actividades

señaladas en el programa operativo y que corresponde a ocho horas al día”, esto no se cumple en la realidad.

La interpretación errónea de que los períodos de Guardias o también llamados Instrucción Clínica Complementaria no forman parte de la jornada de trabajo, ocasiona que a los médicos residentes no se les reconozca que se les están violando sus derechos laborales contenidos en las cláusulas 28 sobre la duración de la jornada, 29 sobre la acumulación y distribución de jornadas, 32 sobre tiempo extraordinario, 33 del pago en efectivo del tiempo extraordinario y guardias, 34 potestad, 35 forma de pago de tiempo extraordinario, 36 servicios extraordinarios, aviso al sindicato, y 37 pago de salario de tiempo extraordinario, del contrato colectivo de del IMSS vigente.

4.2.2 Descansos

Las condiciones de trabajo referentes a los descansos se encuentran listadas con toda claridad en el Contrato Colectivo de Trabajo, en su Cláusula 46, en ella se lee:

Descanso Diario, Semanal y Obligatorio

I. Descanso diario. Los trabajadores que laboren jornadas de ocho horas tienen derecho a treinta minutos diarios para descansar o tomar sus alimentos. Los trabajadores que laboren jornadas de seis horas y media, gozarán de tal prerrogativa durante quince minutos. Los trabajadores que laboren jornadas mayores de ocho horas, tendrán derecho a un descanso de una hora por cada ocho horas laboradas, para descansar o tomar alimentos. En todo caso, el derecho para descansar o tomar alimentos durante la jornada, se disfrutará por turnos que organizarán en base a las necesidades del servicio, por los jefes de cada dependencia, con la opinión de la representación sindical. El tiempo autorizado para descansar o tomar alimentos se contará como tiempo efectivo de trabajo.

II. Descanso semanal. Todos los trabajadores tendrán derecho a dos días consecutivos de descanso semanal que serán fijos. Los días

de descanso semanal serán los sábados y domingos; sin embargo, en los servicios que así lo requieran y previo acuerdo de las partes, podrán fijarse otros días, tomando en consideración que por cada cinco días de labor, el trabajador disfrutará de dos días de descanso con goce de salario íntegro.

Ante la presencia de plaza vacante con descanso en sábado y domingo, en las unidades donde se laboren los siete días de la semana, tendrá preferencia para descansar en sábado y domingo, el personal con mayor antigüedad en el Instituto.

Los trabajadores que laboren los domingos disfrutarán de una prima adicional de un 25 por ciento sobre el salario de un día ordinario de trabajo. Incluyendo a los trabajadores comisionados al Sindicato, conforme a lo señalado en la Cláusula 42 del Contrato Colectivo de Trabajo.

III. Días de descanso obligatorio.

1o. de enero

Primer lunes de febrero en conmemoración del 5 de febrero

Tercer lunes de marzo en conmemoración del 21 de marzo

1o. de mayo

10 de mayo

15 y 16 de septiembre

Tercer lunes de noviembre en conmemoración del 20 de noviembre

25 de diciembre

Jueves, viernes y sábado de la Semana Mayor o de Primavera.

El que determinen las leyes federales y locales electorales en el caso de elecciones ordinarias, para efectuar la jornada electoral.

El 1o. de diciembre de cada seis años, cuando corresponda a la transmisión del Poder Ejecutivo Federal.

Las partes convienen en que las jornadas semanales puedan distribuirse en tal forma que permitan un mayor descanso a los trabajadores sin afectar la eficiencia y la continuidad de los servicios.

Como podemos observar, los descansos que los Médicos Residentes tienen derecho a disfrutar, se ven también vulnerados a causa de que las guardias no son consideradas como parte de la jornada de trabajo, pues al llevar a cabo estas, en día sábado ó domingo, se rompe con la prescripción de que todos los trabajadores del IMSS descansen 2 días por cada semana

de trabajo, y aunque durante los períodos de guardias se les concede tiempo para tomar alimentos y dormir, estas actividades transgreden el dictado de la fracción 1 del apartado A de artículo 123 constitucional que dicta “la duración de la jornada máxima será de 8 horas” violando flagrantemente su derecho al descanso que les permita reponer sus energías y llevar a cabo una vida familiar.

4.2.3 Vacaciones

Son la Norma Oficial y el Contrato Colectivo de Trabajo, los ordenamientos que contienen señalamientos específicos sobre los períodos vacacionales a los que tienen derecho los médicos residentes, sin embargo estos no coinciden en sus planteamientos.

Por lo que respecta a la Norma, ésta dispone en su numeral 9.1.3 que los médicos residentes disfrutarán de dos períodos de vacaciones de 10 días hábiles cada año, de acuerdo con la programación de la unidad administrativa de enseñanza. Es decir un total de 20 días, los cuales se les brindan desde el primer año de residencia.

Por su parte el Contrato Colectivo de Trabajo, en su Cláusula 47, señala: “por cada año efectivo de servicios, los trabajadores disfrutarán de un período mínimo de vacaciones que será de 16 días hábiles, consecuentemente no se computarán en períodos de vacaciones, días de descanso obligatorio o semanal. Por cada año de servicios, se aumentará en un día el período mínimo anual, el que no podrá exceder de 20 días hábiles.”

Después, señala que los trabajadores pueden optar por disfrutar el total de días de vacaciones del período a que tengan derecho de acuerdo con su

antigüedad efectiva, en forma continua o fraccionada en un máximo de dos partes, con un número semejante de días. Y luego agrega:

Invariablemente las fechas de disfrute de vacaciones serán fijadas de acuerdo con los calendarios que aprueben los representantes de las partes en cada dependencia. En el caso de que dos o más trabajadores soliciten sus vacaciones para las mismas fechas y no sea posible acceder a ello por requerimiento del servicio, serán las partes las que definan los derechos preferenciales de los interesados, en relación al de mayor antigüedad en el Instituto.

Posteriormente, la Cláusula en comento dispone que en el pago de la quincena previa a la iniciación del período de vacaciones en forma continua o fraccionada, los trabajadores percibirán por concepto de “Ayuda para Actividades Culturales y Recreativas”, los siguientes días de salario, de acuerdo con su antigüedad efectiva: 1 año, 23 días; 2 años, 25 días; 3 años, 27 días; 4 años, 29 días, y 5 años o más, 31 días. Asimismo, la cláusula señala que los trabajadores tendrán derecho a percibir una prima de un 25 por ciento sobre los salarios que les correspondan durante su período vacacional.

En su parte final, la Cláusula hace la precisión de que los trabajadores a obra determinada, los sustitutos y en general todos aquellos que prestan servicio al Instituto mediante contratación temporal –en este último supuesto es donde tienen cabida los médicos residentes–, tendrán derecho a vacaciones cuando hayan prestado sus servicios durante 365 días en forma interrumpida, así como también al disfrute de vacaciones y al pago de “Ayuda para Actividades Culturales y Recreativas” en los términos de la Cláusula.

Como podemos observar según plantea el contrato colectivo, los médicos residentes que no tienen una relación previa de trabajo con el

Instituto, tendrían derecho a recibir vacaciones después de haber cumplido con 365 días de trabajo, es decir a partir del segundo año de residencia, sin embargo esto no es así, pues por medio de entrevistas realizadas a médicos residentes del IMSS en su primer año de residencia, ellos nos confirmaron que en este respecto ha prevalecido lo postulado en la normal oficial, ya que se les brinda dos períodos vacacionales al año de 10 días hábiles cada uno, lo cual da muestra de que es posible traspasar lo estipulado en las condiciones generales de trabajo cuando esto beneficia a los trabajadores, tal y como lo señala el artículo 18 de la Ley Federal del Trabajo que dicta que en la interpretación de las normas del trabajo se tomaran en consideración sus finalidades, señaladas en los artículos segundo y tercero y que en caso de duda prevalecerá la más favorable al trabajador.

4.3 Prestaciones de Previsión social y Seguridad Social

El concepto de Previsión Social se compone de dos términos: previsión, que significa acción o efecto de prever (ver ó conocer con anticipación lo que ha de pasar), o lo que es lo mismo, acción de disponer lo conveniente para atender a las necesidades previsibles. Y social que es un adjetivo relativo a la sociedad, aunque en este caso también se emplea como acepción relativa al mejoramiento de las condiciones de los trabajadores.¹¹²

Por otra parte la Organización Internacional del Trabajo, (OIT), en un documento publicado en 1991, denominado Administración de la Seguridad Social, definió a esta como: “La protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y

¹¹²Cfr. SANDOVAL GONZÁLEZ Alma Rosa, Definición de Previsión Social, www.ofixfiscal.com.mx, 11 de abril de 2009, 19:00 hrs.

muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos”.¹¹³

De esta manera, entendemos que toda prestación de beneficio, que los trabajadores y sus familias reciban con objeto de mantener o elevar su nivel de vida, en los campos económico, social, y cultural, entrará dentro de la categoría de prestaciones de previsión y seguridad social.

Algunas de estas prestaciones se otorgan conjuntamente con el salario del trabajador en forma quincenal ó mensual, como es el caso de la ayuda para la renta de casa habitación y los estímulos por asistencia y puntualidad. Mientras otras son eventuales como el aguinaldo, la prima vacacional, ó el pago de incapacidad por maternidad.

Tomando en consideración lo que estipula el artículo 30 del Reglamento de Médicos Residentes del IMSS, que los considera como trabajadores con derecho a las mismas prestaciones que establece el Contrato Colectivo de Trabajo, sin más limitaciones que las inherentes a la temporalidad del trabajo, entonces los médicos residentes tendrán que recibir los mismos privilegios de previsión y seguridad social, que reciben el resto de los trabajadores. Además hay que tener en cuenta que por virtud de la cláusula 30 del contrato colectivo, aunque su contratación solamente abarca el periodo necesario para concluir su residencia, el tiempo que esta dura se les contabiliza como antigüedad en el caso de que, se queden a trabajar en el Instituto al terminar su especialización.

Por este hecho aunque los médicos residentes pueden disfrutar de la mayoría de las prestaciones de seguridad social establecidas en el contrato, hay algunas que solamente tendrán derecho a solicitar, cuando pasen a

¹¹³ http://es.wikipedia.org/wiki/seguridad_social. Seguridad Social 11 de abril de 2009, 20:00 hrs.

formar parte de la plantilla regular de trabajadores del Instituto, derivado de que para ejercerlas se necesita que el trabajador perciba un mayor monto de sueldo, como en el caso de los créditos para automóvil ó vivienda.

Por este motivo hemos decidido agrupar las prestaciones a las que tienen derecho los médicos residentes, en aquellas que pueden disfrutar desde el inicio de su residencia y las que solo podrán tener acceso cuando consigan una plaza definitiva en el Instituto.

Las prestaciones de seguridad social a las que tiene derecho el médico residente desde que se incorpora a su residencia son las siguientes:

1. La garantía por parte del Instituto de que para realizar sus actividades de trabajo, contarán con instalaciones seguras y limpias, que cumplan con los señalamientos de la Comisión Nacional Mixta de Seguridad e Higiene, para prevenir de accidentes y riesgos de trabajo, además de se les brindará áreas adecuadas para baños, vestidores, descanso y guardar útiles de trabajo y ropa, que cuenten con el mobiliario adecuado, (cláusulas 64 a 68).
2. El Instituto se obliga a suministrar gratuitamente Ropa de trabajo incluyendo calzado de buena calidad, gafete del instituto, útiles, instrumentos y herramientas de trabajo, (cláusulas 69 y 70).
3. Alimentación de acuerdo al reglamento para la administración de alimentos en las unidades medico-hospitalarias (cláusula 104).
4. Bibliotecas con servicio de informática y bibliografías recientes y ayuda para la compra de libros médicos. (cláusula 111).

5. Anteojos y tratamiento oftalmológico para el trabajador médico residente. (cláusula 75).
6. Asistencia médica y dental, así como medicamentos, para los trabajadores médicos y sus dependientes económicos, cónyuges e hijos hasta los 16 años, ó si estudian y son solteros hasta los 25 años (cláusula 74).
7. Servicio de guardería prestada por el mismo Instituto, ó bien si el Instituto no puede cubrir este servicio, una ayuda económica de 200 pesos mensuales por cada hijo que requiera esta atención (cláusula 76).
8. Para las trabajadoras médico residente mujeres cuando cursen con embarazo se les brindará un descanso de 90 días con goce de salario íntegro, al nacimiento de su hijo. A las trabajadoras médico residente, y a las esposas ó concubinas de un trabajador médico residente hombre, al nacimiento de su hijo se les otorgará, un equipo de ropa para bebé completo y una canastilla de buena calidad, además de que se les dotará de suministro de leche hasta los 10 meses del infante.(cláusula 77).
9. Indemnización por muerte del médico residente trabajador causada por enfermedad ó accidente no considerados riesgo de trabajo, que se entregará a las personas designadas en el pliego testamentario sindical, equivalente a 180 días de su último salario, más 50 días por cada año de servicio y la cantidad proporcional que se le adeude por vacaciones, aguinaldo, estímulos, horas extra, etc., además de una ayuda de 25 días de salario para la inhumación (cláusula 85).

10. Indemnización por muerte del medico residente trabajador causada por enfermedad ó riesgo de trabajo que se entregara las personas designadas en el pliego testamentario sindical, equivalente a 1095 días de su último salario, más 50 días por cada año de servicio y la cantidad proporcional que se le adeude por, vacaciones, aguinaldo, estímulos, horas extra, etc. además de una ayuda de 100 días de salario para la inhumación (cláusula 89- fracción I).
11. Además de las indemnizaciones anteriores por muerte, los deudos del trabajador tienen derecho al pago de un seguro de vida, por un monto de 45 000 pesos por muerte natural ó de 60 000 pesos por muerte accidental del medico residente trabajador (cláusula 152).
12. Pago de indemnización por incapacidad permanente total por enfermedad ó riesgo de trabajo, equivalente a 1095 días de su último salario, más 50 días por cada año de servicio y la cantidad proporcional que se le adeude por, vacaciones, aguinaldo, estímulos, horas extra, etc. (cláusula 89- fracción II)
13. Pago de indemnización por Incapacidad parcial y permanente, cuando el riesgo profesional produzca incapacidad parcial y permanente que permita seguir laborando en la misma categoría o en otra, sin perjuicio de su salario, se pagará al trabajador la indemnización que corresponda conforme a los porcentajes de las tablas de valuación que contiene la Ley Federal del Trabajo (cláusula 89- fracción III)
14. En el caso de accidentes ó enfermedades tanto profesionales como no profesionales, el trabajador médico residente recibirá el tratamiento ortopédico y la dotación de de prótesis u órtesis así como el tratamiento necesario para su rehabilitación (cláusula 90).

15. Ayuda para pago de renta de casa habitación, por medio de este beneficio se les otorga la cantidad de 450 pesos mensuales, además una cantidad de 35.5% del sueldo tabular, a los trabajadores con mas de 5 años de antigüedad (cláusula 63).
16. Aguinaldo de 3 meses de sueldo a partir de un año de labores, ó la parte proporcional que haya laborado durante ese año (cláusula 107).
17. Prima vacacional y ayuda para actividades culturales y recreativas (cláusula 47).
18. Fondo de ahorro (cláusula 144).
19. Anticipo de sueldo hasta por 3 meses (cláusula 97).
20. Compensación para el personal que labore en un lugar de alto costo de vida y compensación por pasajes (cláusulas 98 y 103).
21. Vale de despensa por 400 pesos al mes y descuento del 40% en tiendas del instituto por una compra hasta de 100 pesos (cláusulas 142 y 142-bis).
22. Estímulos por asistencia, puntualidad, bono de productividad y eficiencia (cláusula, 38 y 189 transitoria).
23. Beneficios para realizar actividades deportivas y de turismo social en las instalaciones y centros recreativos del Instituto. (cláusulas 118 y 145).

24. Reparto de juguetes para sus hijos con motivo de las fiestas navideñas (cláusula 80bis).

25. Asesoría legal y pago de fianzas Cuando los trabajadores sean denunciados, detenidos o demandados por causas directamente relacionadas con el cumplimiento de sus habituales obligaciones como servidores del Instituto,

Beneficios a los que sólo tendrá derecho el trabajador médico residente cuando termine su especialidad y se incorpore como trabajador regular:

1. Prestamos hipotecarios para adquisición, construcción o remodelación de vivienda. (cláusula 81).
2. Ayuda para gastos de escrituración (cláusula 81bis).
3. Créditos para la adquisición de automóviles (cláusula 146).
4. Sobresueldo que es una compensación del 20% sobre el sueldo tabular que se recibe cuando los médicos realizan frecuentemente actividades más allá de la duración de su jornada, o tienen que regresar al hospital fuera de sus horarios normales para revisar pacientes. Al no considerarse a las guardias como jornada de trabajo, a los médicos residentes no se les reconoce esta prestación lo cual tiene una repercusión sobre el aguinaldo, vacaciones pagadas y jubilación. (cláusula 86).

Como podemos observar, si bien los trabajadores médicos residentes cuentan con todos los derechos emanados de las disposiciones de previsión y seguridad social que el contrato colectivo brinda a todos los trabajadores del IMSS, sus prestaciones se ven mermadas en gran medida a causa de que carecen de un salario justo, pues la mayoría de estos beneficios están fijados con base a los montos de salario que percibe el trabajador, y como

mencionamos anteriormente, los médicos residentes reciben el equivalente a solo el 29.1 % de la remuneración que corresponde a los médicos generales del IMSS, por lo cual podemos concluir que las prestaciones que ellos reciben se ven disminuidas de manera muy importante lo cual las vuelve ineficaces.

4.4 Las condiciones de vida digna en el estudiante, el médico y el trabajador

La Constitución que nos rige actualmente, es muy elocuente en relación a los derechos fundamentales que rigen a la sociedad mexicana. Su capítulo primero, dedicado a las garantías individuales, aporta elementos muy claros de cuáles son los derechos y garantías con los que contamos todos los mexicanos.

En el campo educativo el artículo 3º Constitucional señala que todos los ciudadanos tenemos derecho a recibir educación de manera gratuita, laica, y que se garantiza por el Estado, el que todos los mexicanos podamos acceder a la educación básica, es decir la educación preescolar, primaria y secundaria las cuales también se consideran obligatorias, además el Estado Mexicano promoverá y atenderá todos los tipos y modalidades educativos, incluyendo a la educación superior y apoyando también a la investigación científica y tecnológica; las cuales se consideran necesarias para el desarrollo de la nación.

Además la fracción cuarta de mencionado artículo señala que: “Toda la educación que el Estado imparta será gratuita.”

Por otra parte con relación a las condiciones de vida digna de los individuos, el artículo Cuarto Constitucional, señala que: “Toda persona tiene derecho a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar” y

que “Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa. La Ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo”.

Por último en relación a los derechos de los trabajadores el artículo 123 constitucional refiere que: La duración de la jornada máxima será de ocho horas, (Fracción I), la jornada máxima de trabajo nocturno será de 7 horas (Fracción II), por cada seis días de trabajo deberá disfrutar el operario de un día de descanso, (Fracción IV); para el trabajo igual debe corresponder salario igual, sin tener en cuenta sexo, ni nacionalidad (Fracción VII) y que cuando; por circunstancias extraordinarias deban aumentarse las horas de jornada, se abonará como salario por el tiempo excedente un 100% más de lo fijado para las horas normales y que en ningún caso el trabajo extraordinario podrá exceder de tres horas diarias, ni de tres veces consecutivas, (Fracción XI).

Sin embargo cuando el Médico residente ingresa a una Institución Médica Receptora de Residentes, tiene que enfrentar el modelo médico establecido, en donde las condiciones de trabajo exceden en mucho los lineamientos generales de la ley, circunstancia por la cual existe un fenómeno de desinterés y apatía, percibiéndose como algo normal las largas jornadas de trabajo, moldeadas por un sistema rígido y autoritario.

Los Médicos Residentes se perciben más como estudiantes que como trabajadores, que tienen que pasar por un período de sacrificio y penalidades con el fin de adquirir conocimientos que un futuro les retribuirán de todos sus esfuerzos. Es en este escenario en el que el médico especialista en formación tiene que buscar su identidad como profesional y enfrentarse al mundo laboral.

México enfrenta los nuevos retos del siglo que inicia, buscando su inserción en un mundo globalizado, donde el conocimiento se ha

transformado en uno de los elementos clave para el desarrollo. Lo esencial en la política de un buen gobierno será dar respuesta a los problemas que minan el desarrollo de nuestra sociedad haciendo posible el establecimiento de un sistema más igualitario que sirva de base al desarrollo del país.

En este sentido, la educación en general, y en particular los estudios de posgrado, se vuelven una prioridad nacional, por su función formadora de los nuevos especialistas y creadores en los ámbitos de la ciencia, las humanidades, las artes y la tecnología.

Los cursos de especialización en medicina deben tener el propósito de formar médicos con las aptitudes necesarias para resolver los problemas de salud-enfermedad, sin tener que preocuparse de lidiar con muchas penalidades económicas con tal de obtener sus objetivos.

Los cursos de especialización en medicina deben de formar médicos que no sean vistos como mano de obra barata, a la cual se pueda explorar, haciendo caso omiso de los lineamientos fundamentales de nuestras leyes

Finalmente, es necesario valorar que si bien los médicos residentes están obteniendo una educación “gratuita” la contraprestación que aportan a la institución en donde esta cursando su residencia, y al la sociedad que solventa dichos estudios debe ser equitativa y acorde con nuestra legislación aplicable al respecto.

CONCLUSIONES

PRIMERA. El proceso de formación de los médicos especialistas es una prioridad del Estado Mexicano, ya que cuando se considera al Derecho a la Salud como una Garantía Constitucional, éste asume la responsabilidad de proveer un esquema que haga posible un sistema de salud eficiente, con el personal adecuado y bien capacitado al que pueda acceder toda la población.

SEGUNDA. La relación jurídica que vincula al IMSS y sus Médicos Residentes, es una relación compleja en la cual se conjuntan dos supuestos, el primero y fundamental es la capacitación y aprendizaje que los Médicos Residentes llevan a cabo en las Unidades Médicas Receptoras, el cual por circunstancias históricas de abusos en contra de los estudiantes médicos, derivó como segundo supuesto que estos pasaran a ser considerados como trabajadores durante su período de adiestramiento.

TERCERA. A pesar de que la Ley Federal del Trabajo de 1970, en su Título IV, Capítulo XVI, incluye un catálogo especial de derechos destinados a proteger la relación de trabajo de los Médicos Residentes, y se cuenta con un marco jurídico plasmado en la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994 para la Organización y Funcionamiento de las Residencias Médicas, un Reglamento de Médicos Residentes en Período de Adiestramiento y que en el Contrato Colectivo de los Trabajadores del IMSS 2007-2009 se establece que los Médicos Residentes tienen las mismas prerrogativas que los demás trabajadores del IMSS, actualmente se vulneran varios de sus derechos laborales fundamentales.

CUARTA. El salario que reciben los Médicos Residentes, es de solamente de un 29.1% comparado con el sueldo regular de un Médico

General del mismo Instituto, lo que viola el principio de que “a trabajo igual en condiciones similares corresponde salario igual”.

QUINTA. Además de su jornada de trabajo normal de 8 horas, los médicos residentes tienen que cumplir con los periodos de Guardias o también llamados “Instrucción Clínica Complementaria” que exceden por mucho por los límites fijados por la Ley para las jornadas máximas de trabajo y de horas extra.

SEXTA. Un agravante que concierne a los dos puntos anteriores es que además de que el tiempo de las guardias excede los límites para la jornada, no se les retribuye a los Médicos Residentes por las labores que realizan durante estos períodos a favor del Instituto.

SÉPTIMA. Derivado de lo anterior nuestras propuestas son:

- a) Que los médicos residentes reciban el mismo salario que los médicos generales del Instituto.**
- b) Que el Instituto cuente con personal suficiente para la realización de sus labores específicas durante los períodos vespertinos, nocturnos, de fines de semana y días no hábiles, sin tener que depender de la mano de obra de los médicos residentes para satisfacer sus necesidades.**
- c) Que se sustituyan los actuales períodos de instrucción clínica complementaria por un sistema diferente, que tome en cuenta no el tiempo que el residente permanece en el hospital, sino el número y calidad las prácticas,**

procedimientos y maniobras que realiza a fin de afianzar sus conocimientos.

- d) Este sistema contemplaría la realización de un mínimo de repeticiones de cada procedimiento que el especialista deba manejar con pericia, que constituirían un currículo objetivo que refleje las capacidades de cada especialista, que sea usado como carta de presentación para solicitar una plaza de trabajo. Pero no se establezcan máximos de tal manera que si el residente quiera pueda participar en todos las prácticas que el Instituto este en capacidad de ofrecerle.**

- e) Que este sistema de prácticas continúe sin serle retribuido de salario al residente, pero que los períodos de tiempo que el residente dedicara a estas actividades sean definidos por el mismo residente en coordinación con las autoridades académicas y administrativas de las unidades médicas receptoras de médicos residentes.**

DÉCIMA. El papel que desempeña el Estado Mexicano dentro de esta problemática es complejo, ya que debe de cumplir varias funciones al mismo tiempo, a través de diferentes entidades, por una parte es el encargado de ofrecer servicios de salud adecuados a toda la población, así como también debe estimular la formación de los especialistas que necesita el país, por otra parte ocupa la figura de Patrón en la relación que se da entre los Médicos Residentes y las Unidades Receptoras de Médicos Residentes del Sector Salud. Circunstancias que se complican ya que nuestro país cuenta con una

gran demanda de servicios de salud y se tienen recursos limitados para llevar a cabo todas estas funciones

En la sociedad mexicana existen muchos círculos viciosos que impiden el desarrollo del País. El residente que es sometido a una carga de trabajo excesiva y es mal pagado, se acostumbra a tratar mal a los pacientes y a realizar una labor mediocre en donde la cantidad es más valorada que la calidad. Si queremos realmente poseer un sistema médico que destaque por su profesionalismo primero tenemos que dotar al sistema de Residencias Médicas con los principios de equidad y pedagógicos que ya están contemplados por nuestro sistema normativo y educativo.

FUENTES CONSULTADAS

1. BABINI, JOSÉ, Historia de la Medicina, segunda edición, Editorial Gedisa, España, 2000.
2. BARAJAS MONTES DE OCA, Santiago, Los Contratos Especiales de Trabajo, UNAM, Editorial Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 1992.
3. BORRELL NAVARRO, Miguel, Análisis Práctico y Jurisprudencial de Derecho Mexicano del Trabajo, cuarta edición, Editorial Sista, México, 1994.
4. BRICEÑO RUIZ, Alberto, Derecho Individual del Trabajo, Editorial Harla, México, 1985.
5. CANTÓN MOLLER, Miguel, Los Trabajos Especiales en la Ley Laboral Mexicana, Editorial Cárdenas, México, 1981.
6. CARRILLO FABELA, Luz María Reyna, La Responsabilidad Profesional del Médico, Editorial Porrúa, México, 2002.
7. CAVAZOS FLORES, Baltasar, 40 Lecciones de Derecho Laboral, octava edición, Editorial Trillas, México, 1994.
8. CHOY G., Sonia A., Responsabilidad en el Ejercicio de la Medicina, OGS Editores, S.A. de C.V., México, 2002.
9. COLLADO ARDÓN, Rolando, Médicos y Estructura Social, Editorial UNAM y Fondo de Cultura Económica, México, 1976.
10. CREVENA, Pedro, Situación y Perspectiva de los Trabajadores de la Salud, en "Medicina y Salud", Editorial Cultura Popular, México, 1978.
11. DÁVALOS, José, Derecho del Trabajo I, quinta edición, Editorial Porrúa, México, 1985.
12. DE BUEN LOZANO, Néstor, Derecho del Trabajo, Tomo I, séptima edición, Editorial Porrúa, México, 1989.
13. DE BUEN LOZANO, Néstor, Manual de Derecho de la Seguridad Social, sexta edición, Editorial Porrúa y Universidad Nacional

- Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Jurídicas, México. 2006.
14. GUERRERO, Euquerio, Manual de Derecho del Trabajo, décima tercera edición, Editorial Porrúa, México, 1983.
 15. KAYE, Dionisio J., Relaciones Individuales y Colectivas de Trabajo, segunda edición, Editorial Themis, México, 1995.
 16. KUMATE, Jesús, Vida y Muerte del Mexicano. Las Especialidades Médicas en México, segunda edición, Folios Editores, México, 1982.
 17. POZAS HORCASITAS, Ricardo, La Democracia en Blanco: El Movimiento Médico en México, 1964-1965, Siglo Veintiuno Editores, México, 1993.
 18. RAMÍREZ FONSECA, Francisco, Condiciones de Trabajo, segunda edición, Editorial PAC México, 1985.
 19. SOBERÓN ACEVEDO, Guillermo et al., Derecho Constitucional a la Protección de la Salud, Editorial Porrúa, México, 1983.
 20. SOTOMAYOR GALLARDO, Ricardo, Calidad, Elemento Esencial de la Seguridad Social, Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Secretaría General, Recopilación Serie Estudios 55, México, 1992
 21. SCHOTT Heinz, Arthur Klein et al. Crónica de la Medicina. tercera edición, Editorial Intersistemas México 2003
 22. TRUEBA URBINA, Alberto, La Primera Constitución Político-Social del Mundo, Editorial Porrúa, México, 1971, p. 33.
 23. VALDÉS OLMEDO, Cuauhtémoc coordinador, El Sistema Nacional de Salud y la Reconstrucción y Reordenamiento de los Servicios de Salud, Editorial Porrúa, México, 1986.

LEGISLACIÓN:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index_26_de_julio_2008, 18:00 hrs.
2. Ley Federal del Trabajo. www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index_26_de_julio_2008, 18:05 hrs.

3. Ley General de Salud. www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index 26 de julio 2008, 18:15 hrs.
4. Ley del Seguro Social. www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index 26 de julio 2008, 18:20 hrs.
5. Ley General de Educación www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index 26 de julio 2008, 18:25 hrs.
6. Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994 para la Organización y Funcionamiento de las residencias médicas, www.salud.gob.mx. 26 de agosto de 2008, 13:00 hrs.
7. Reglamento de Médicos Residentes en Período de Adiestramiento en una Especialidad del IMSS www.imss.gob.mx 26 de julio 2009, 10:00 hrs.
8. Contrato colectivo de los trabajadores del IMSS 2007-2009 www.imss.gob.mx, 9 de febrero 2009, 12:00 hrs.

OTRAS FUENTES

1. ALEMANY Y BOLUFER J Nuevo Diccionario Ilustrado Sopena de la Lengua Española, Editorial Ramón Sopena S.A. España 1968
2. <http://wikipedia.org/w/index/> aprendizaje, 29 de agosto de 2008, 13:00 hrs.
3. [http://es.wikipedia.org/wiki/seguridad social](http://es.wikipedia.org/wiki/seguridad_social), 11 de abril de 2009, 19:00 hrs.
4. SANDOVAL GONZÁLEZ Alma Rosa, Definición de Previsión Social, www.ofixfiscal.com.mx 11 de abril de 2009, 19:00 hrs.