

El ejercicio médico y la asignación de recursos humanos en salud en regiones violentas

Medical practice and allocation of human resources in health care settings in violent regions

*Ivette María Ortiz Alcántara**
Universität Zürich, Suiza

*Felicitas Holzer***
Universität Zürich, Suiza

<https://doi.org/10.36105/mye.2023v34n3.04>

Resumen

La violencia en México, específicamente en algunos estados de la República mexicana en donde la población se enfrenta a situaciones de peligro, tiene como una de tantas consecuencias la ausencia de personal médico que se desempeñe como profesional y proporcione servicios de salud en estas zonas rurales. En este sentido, es de considerar

* Estudiante de doctorado en Ética Biomédica y Derecho de la Universität Zürich. Médico en el Instituto de Ética Biomédica e Historia de la Medicina de la Universität Zürich. Correo electrónico: ivette.ortiz@ibme.uzh.ch <https://orcid.org/0009-0000-5175-859X>

** Investigador en el Instituto de Ética Biomédica e Historia de la Medicina de la Universität Zürich. Correo electrónico: felicitas.holzer@ibme.uzh.ch <https://orcid.org/0000-0002-3674-0241>

Recepción: 29/04/23 Aceptación: 19/05/23

que la asignación de recursos humanos en salud es fundamental para el funcionamiento de un sistema eficiente y observar las causas por las que médicos que desde el servicio social hasta el desempeño de su especialidad no consideran trabajar en lugares en donde se sienten vulnerables. En este proceso, es importante visibilizar los cuestionamientos éticos que pueden surgir por lo que este trabajo pretende dar importancia al tema de la exposición de circunstancias, hechos y cifras dentro de esta problemática y plantear las cuestiones normativas pertinentes dentro de este contexto.

Palabras clave: violencia y servicios de salud, trabajo médico, asignación de recursos, médicos en México.

1. Introducción

El trabajo médico es una actividad clave para el cumplimiento de un derecho fundamental como lo es la protección a la salud. Sin embargo, realizar este trabajo tiene retos y dificultades, no solamente por su naturaleza propia, también por fenómenos externos, siendo uno de estos el alto nivel de violencia que se presenta en algunas regiones del país.

En los primeros años de la práctica médica, desde el servicio social, durante el proceso de especialización y hasta ejercer como médico especializado, los profesionales que desempeñan sus funciones en las regiones afectadas por la violencia son víctimas de: “ataques a personas” (por ejemplo, médicos, enfermeras, administradores, guardias de seguridad, conductores de ambulancias y traductores), “de obstrucciones” (por ejemplo, ambulancias detenidas en los puestos de control), de discriminación (por ejemplo, personal presionado para tratar a un paciente en lugar de otro), de “ataques y apropiación indebida de establecimientos de salud y bienes” (por ejemplo, vandalismo, robo y robo de ambulancias por parte de grupos armados), y la “criminalización de los trabajadores de la salud” (1). También son forzados a tratar determinados pacientes bajo amenazas, por lo que las anteriores pueden ser detonantes que conllevan a que los médicos

decidan no trabajar en estas regiones, causando un déficit importante de cobertura médica.

Los primeros apartados del artículo proporcionan un esbozo general sobre la formación académica y profesional de los médicos en México, se mencionan los recursos humanos que son necesarios para cubrir las necesidades sanitarias del país y su funcionamiento dentro del sistema nacional de salud. La segunda parte muestra el nivel de violencia, habla de sus efectos en el trabajo médico y la entrega de servicios sanitarios en las regiones más afectadas. Dicha información da la pauta para la generación del cuestionamiento ético que emerge de la situación.

2. La profesión médica en México, desde el servicio social hasta la especialización

El primer año en el que se ejerce como médico, es un periodo de conexión con la vida como estudiante y la de un profesional que ha obtenido un título y cédula que lo acredita a ejercer esta profesión en territorio mexicano. Para obtener estas últimas acreditaciones, es un requisito obligatorio cumplir con el servicio social. Esta actividad imprescindible en la formación como médico puede realizarse en dos modalidades (en campos clínicos y rurales) y conforme al artículo 5 de la Constitución General de los Estados Unidos Mexicanos “en beneficio de la sociedad y del estado” según el Programa Académico de Servicio Social de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) (2).

El servicio social, creado en 1936 durante el sexenio del General Lázaro Cárdenas, se concibió como una respuesta a la problemática de cobertura en salud de las regiones rurales y más necesitadas, así como una manera de recompensar a la sociedad, de tal forma que se estableció ese mismo año, un acuerdo entre la UNAM y el Departamento de Salubridad Pública en donde se hizo obligatorio que los pasantes de medicina cumplieran con cinco meses de trabajo en el medio rural para poder obtener el título universitario (3).

Desde entonces, las localidades asignadas a los médicos pasantes han sido regiones rurales que, en su mayoría, presentan un progreso social y económico menor (4) en las que probablemente, por diferentes situaciones, algunos médicos con más años de experiencia profesional no aceptan laborar.

Una vez completado este año obligatorio y de haber obtenido el título y cédula profesional, los recientemente graduados profesionales de la salud pueden iniciar a laborar y ejercer la medicina general de manera privada o en instituciones públicas.

Por otro lado, si un médico general desea continuar su formación, puede trabajar como médico especialista para lo cual debe presentar el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) y ser seleccionado para poder ocupar un lugar en uno de los establecimientos para la prestación de servicios de salud que recibe médicos residentes que llevarán a cabo actividades académicas, asistenciales y de investigación y con lo cual obtendrán un grado como médico especialista en algún área definida de la medicina (5).

Estos periodos de enseñanza y formación profesional, que se han descrito de forma general, están caracterizados por múltiples retos, no sólo en cuanto a las cuestiones de la salud sino también en lo referente a situaciones sociales y culturales. Un fenómeno alarmante en algunas regiones es la presencia de actos violentos que afectan a su población y también el proceso de formación de los profesionales de la salud (6).

Este problema, el de la inseguridad para llevar a cabo su trabajo, no es un asunto reciente; los profesionales de la salud tienen que enfrentarse a situaciones de peligro para ejercer su labor que, en algunas ocasiones, no es posible llevar a cabo; sin embargo, la consecuencia negativa de este problema es que muchas personas no pueden recibir de forma oportuna la atención médica que necesitan (7).

3. Recursos humanos en salud en México

En México, el sistema de salud se compone del sector público y el privado. Las instituciones públicas prestan servicio a las personas

con un empleo formal y aquellas que no cuentan con servicio de seguridad social. Mientras que el sector privado, presta servicio a las personas con solvencia para realizar el pago de estos servicios (8). En este sector, según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en su comunicado de prensa 580/21, publicado en octubre de 2022, informa que según los resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), hasta junio de 2021, existían 305,418 personas (54% hombres y 46% mujeres) ocupadas como médicos¹ (9). El 76% realizaba esta ocupación de forma subordinada y remunerada, el 12% lo hacían por su cuenta y el 12% restante empleaba a otros trabajadores. De cada cien de estos profesionales, 67 son médicos generales y 33 médicos especialistas.

Es muy importante mencionar que México cuenta con 2.4 médicos por cada 1000 habitantes, según el *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020* en su primera edición presentada en conjunto por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y el Banco Mundial (10). México se encuentra por debajo del promedio de los países miembros de dicha organización, que es de 3.5 médicos.² En este mismo reporte se indica la importancia de las aptitudes, la competencia y la productividad del personal de salud como requisitos fundamentales para otorgar servicios de salud de calidad. En esta lógica es importante mencionar la situación de la formación de recursos humanos en salud, desde el punto de vista académico, ya que es un pilar fundamental en el funcionamiento del sistema de salud del país. Nos referimos a los médicos pasantes en servicio social y a los médicos residentes. En datos obtenidos en la Dirección General de Información en Salud por la iniciativa Corriente Alterna, de la UNAM, durante 2021 había 29,286 médicos

¹ La Organización Mundial de la Salud define recursos humanos para la salud como “toda persona que lleva a cabo tareas que tienen por principal finalidad promover la salud”. Incluye a profesionales de diferentes áreas y ocupaciones, que pueden trabajar en el sector público, privado o como voluntarios que pueden prestar o gestionar los servicios de salud.

² Tres países de Latinoamérica y el Caribe son estados miembros de la OCDE: Chile, Colombia y México. Este promedio incluye a Chile y México.

pasantes en servicio social en 2,929 unidades médicas en todo el país. Estas unidades instaladas en comunidades rurales o de difícil acceso funcionan únicamente con el trabajo de estos profesionales y en la mayoría de los casos lo realizan en condiciones no óptimas (11).

Otro bloque importante dentro de los servicios de salud es el de las residencias médicas, que según la definición de la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, es un “conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir el médico residente dentro de las unidades médicas receptoras de residentes, durante el tiempo estipulado en los programas académico y operativo correspondientes” (5); sin embargo; los médicos residentes son parte fundamental de la estructura operativa dentro de los servicios de salud a los cuales también les afecta de forma directa la problemática de la violencia en algunas regiones.

En un comunicado de prensa (12) la Secretaría de Salud refirió que actualmente hay 135,046 especialistas certificados en México, pero que la mayoría de estos profesionales se encuentran en mayor número en Ciudad de México, Nuevo León y Jalisco a diferencia de otros estados como Chiapas, Guerrero, Tlaxcala, Oaxaca y Veracruz que no cuentan con un este número de médicos especialistas.

4. Violencia

Hay varios enfoques y definiciones para caracterizar la violencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone la siguiente: “[La violencia es] el uso intencionado de la fuerza física o el poder amenaza o real, contra uno mismo, otra persona, o contra un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de provocar lesiones, muerte, daño psicológico, mal desarrollo o privación” (13, p.5). También caracteriza los diferentes tipos de violencia, proponiendo tres grandes categorías de acuerdo con las características de quien ejecuta el acto violento: violencia autodirigida, violencia interpersonal y violencia colectiva.

La violencia colectiva, en la definición de la OMS, refiere que es la cometida por grandes grupos o individuos, así como la llamada *violencia por bandas*. Sin embargo, la definición descrita por Rutherford incluye a la delincuencia organizada violenta, por lo que consideramos de utilidad citar también su concepto como: “el uso instrumental de la violencia por parte de personas que se identifican como miembros de un grupo contra otro grupo o conjunto de individuos, con el fin de lograr objetivos políticos, económicos o sociales e incluye a la delincuencia organizada violenta.”

Lo anterior es importante mencionar ya que la tasa de homicidios dolosos y la violencia desde 2017 alcanza cifras comparables con países en conflicto armado, por lo que se llamó a esta situación “guerra contra las drogas” (14,15).

Desde otro punto de vista, los problemas de violencia en México no son un arrebato reciente, sino más bien que México históricamente, no ha resuelto problemas como la falta de empleo, escasa rendición de cuentas de los gobiernos o la corrupción a diferentes niveles, así como otros factores sociales y culturales que persisten y no precisamente por el “mito de la guerra entre cárteles por el tráfico de droga” (16).

Dicho lo anterior, una noción importante es el concepto que define ambientes complejos de seguridad, los cuales se refieren a contextos de crisis humanitarias y civiles causadas no solamente por conflictos armados sino también por condiciones precarias, desastres o falta de gobernanza. En estas situaciones pueden presentarse ataques a los individuos, obstrucciones, discriminación, ataques a establecimientos de salud o adjudicaciones inapropiadas de insumos y hasta la criminalización de los profesionales de la salud (1). Por lo anterior, cabe mencionar que no solo la violencia colectiva por sí sola afecta el cuidado de la salud, también otros factores lo hacen, como son las condiciones precarias y la falta de gobernanza. No obstante, situaciones como los ataques a los centros de salud son un detonante importante por la que muchos médicos temen por su seguridad.

En 2002, la OMS en el *Informe mundial sobre violencia y salud* menciona que los datos sobre mortalidad, sobre todo por homicidio,

muertes causadas por guerra o incluso suicidios son un indicador del alcance de la violencia letal en una región o país, así como enumera las consecuencias por lesiones sociales relacionadas a la violencia (13). El análisis de estos datos es de gran importancia ya que permiten identificar regiones o comunidades con alto riesgo de agresiones. De tal forma que el indicador principal para medir el nivel de violencia es el homicidio ya que es el “acto más grave y visible de todos los actos violentos” y que con mayor precisión es reportado en los índices y estadísticas (17, p.1).

En México, según el recién publicado comunicado de prensa (18) del INEGI, en julio de 2022, de forma preliminar se dio a conocer que en 2021 se registraron 35,625 homicidios y la principal causa se debió a agresiones con arma de fuego.

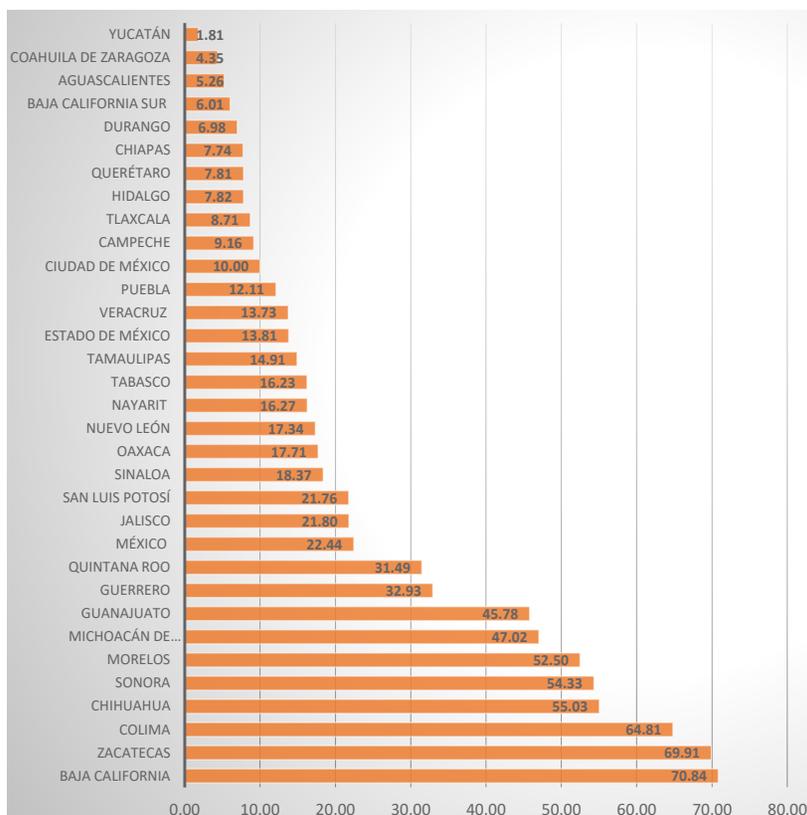
Una forma de visibilizar la importancia de esta problemática como lo indica la *Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública* (ENVIPE) 2021(19) a nivel nacional, es que es la principal preocupación de la población (el 58.9% de la población de 18 años y más) es principalmente la inseguridad, seguido del desempleo con 41.5% y la salud con 40.2 por ciento.

4.1. Estados con mayor nivel de violencia

El *Programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia 2022-2024*, refiere que el 50% de los homicidios dolosos se registran en seis estados del país (Baja California, Chihuahua, Estado de México, Guanajuato, Jalisco y Michoacán) (19).

Durante 2021, la gran parte de los homicidios estuvieron relacionados con la operación de la delincuencia organizada, ya que durante este año incrementó hasta un 139% el delito de narcomenudeo (20). Mostrando que en este año las diez entidades federativas con la tasa de homicidio más alta por cada 100,000 habitantes fueron: Baja California, Zacatecas, Colima, Chihuahua, Sonora, Morelos, Michoacán, Guanajuato, Guerrero y Quintana Roo como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Tasa de homicidio por cada 100,000 habitantes, por entidad federativa durante 2021

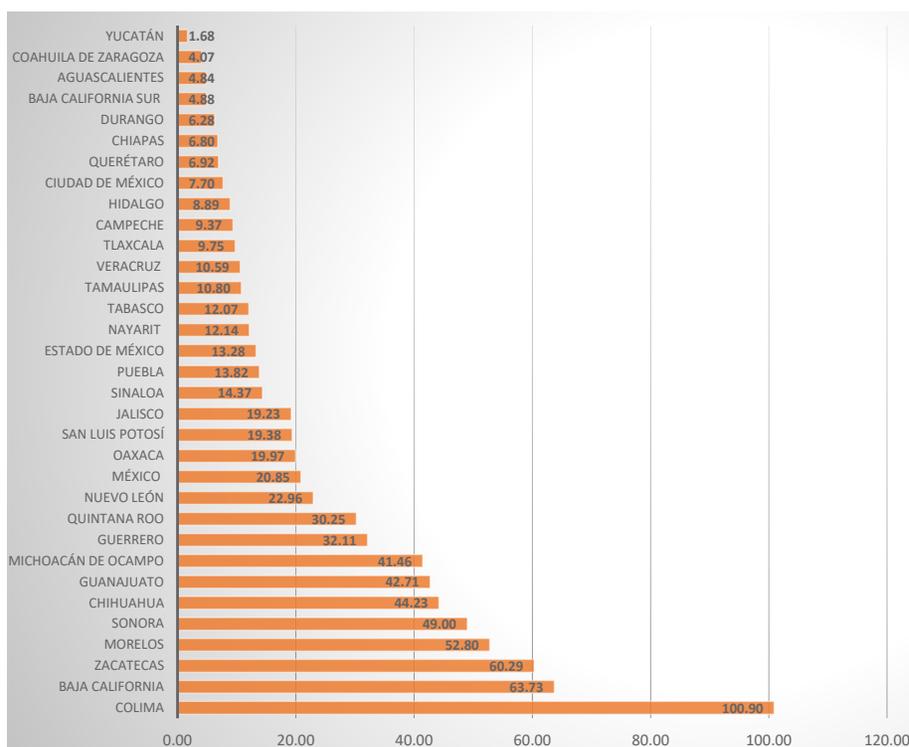


Fuente: elaboración propia con datos del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (febrero, 2023).

Recientemente las actividades de la delincuencia organizada han presentado cambios por la rápida expansión territorial de los grupos delictivos más grandes y la proliferación de pequeños núcleos que diversifican los tipos de delitos. Además, también se han presentado cambios en los tipos de droga que se trafica (20), por lo que, en 2022, las entidades federativas en las que se produjeron estos cambios ocuparon las cifras más altas de homicidios, sin embargo, llama

la atención que, a pesar de cambiar el lugar ordinal de la lista, permanecen las mismas entidades, como se observa en la Tabla 2.

Tabla 2. Tasa de homicidio por cada 100,000 habitantes, por entidad federativa durante 2022



Fuente: elaboración propia con datos del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (enero, 2023).

5. El trabajo médico en zonas violentas

El cuidado de la salud es un tema de absoluta importancia para una población y, cualquier tema social que la afecte, debe ser reconocido

y evaluado de manera tal como se han reconocido las peligrosas consecuencias inmediatas y a largo plazo que la violencia presenta para la salud y para el desarrollo social y psicológico de los individuos³ (21). Una de estas consecuencias es la falta de personal médico para cubrir todo el territorio nacional.

El gobierno aseguró que enfrentaba un gran desafío ante la falta de al menos 200,000 médicos, ya que México contaba para esa fecha con 270,600 médicos generales y se deberían tener 393,600, por lo que existía un déficit de 123,000. Por otro lado, el déficit de médicos especialistas era de 72,000 ya que se contaba con 146,300 y se deberían tener 219,000 (22). Las cifras anteriores se mencionaron de forma general, sin precisar cada una de las necesidades estatales o regionales. Se argumentó que, una de las principales causas del señalado déficit, es que las escuelas de medicina no aceptan suficientes alumnos anualmente.

Sin embargo, la organización internacional Médicos sin Fronteras ha documentado que los servicios de salud no pueden operar debido a que, en algunas regiones, existe la presencia de grupos del crimen organizado (23), lo que ha provocado que el personal de salud migre de esas regiones o incluso las eviten por completo y que la prestación de servicios de salud sea escasa o nula (24), ya que las condiciones de trabajo no proveen facilidades para el derecho fundamental a un trabajo seguro.

Un estudio de percepción de las condiciones de trabajo en el servicio social, por ejemplo, encontró que un porcentaje abrumador de los médicos pasantes encuestados percibieron inseguridad en los siguientes tres grandes rubros.

El primero es el que afecta directamente a las personas ocupadas como médicos: el 37.4% no se sintió seguro en la localidad y el 26.7% afirmó sentirse en riesgo de perder la vida en algún momento; el

³ En 1996, la Asamblea Mundial de la Salud en la resolución WHA49.25 reconoce las consecuencias cada vez más importantes de la violencia en los servicios de salud en todas partes, así como su efecto perjudicial en los escasos recursos sanitarios para los países y las comunidades; y declara que la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo.

segundo es el relativo a víctimas de intentos y ejecución de actos delictivos: 35.9% señalaron intentos de ingreso sin consentimiento al centro de salud, 16.8 % registraron que sí ingresaron al centro de salud; el 1.5% fueron víctimas de secuestro o intento del mismo y el 23.3% consideró no seguir con el servicio social por estas razones.

El tercero es el relativo a la incapacidad de protección: el resultado fue que el 71.8% de las autoridades locales no mostraron interés por la seguridad del médico (25).

En la Figura 1 se presenta un ejemplo de diferentes agresiones que padecieron los médicos en algunas regiones y sus consecuentes movilizaciones, fenómeno reportado por los medios de comunicación desde hace más de 10 años (26).

Figura 1. Ejemplo de notas en medios de comunicación en donde se manifiesta la creciente situación de inseguridad en el desempeño del trabajo médico y las consecuentes movilizaciones en protesta

Fecha	Denuncia
2011-2012	Primeras notas periodísticas que denuncian que, por temor a la violencia, médicos abandonan comunidades en Durango y Tamaulipas, algunos han cambiado sus horarios de atención, sólo atienden a conocidos y rechazan visitas domiciliarias.
2012	Primeras marchas gremiales en Ciudad Juárez y Morelos; médicos exigen condiciones de trabajo más seguras.
2012-2013	Primeras notas sobre la muerte de médicos en servicio social. Surge #niunpasantemás.
2014	Surge el movimiento #yosoy17 cuando 16 médicos de Guadalajara fueron acusados y detenidos por negligencia médica.
2014	Marchas gremiales en Morelos para exigir condiciones de trabajo más seguras.
2014-2017	Aumenta la cobertura sobre secuestros, asesinatos y extorsión de médicos en Guerrero, León, Jalisco, Veracruz y DF. Los médicos tienen miedo de ser “levantados” por miembros del crimen organizado para atender capos y narcotraficantes.

2016	Médicos empiezan a organizarse contra las condiciones de inseguridad a nivel nacional y, el 22 de junio, realizan un paro organizado por #yosoy17, con marchas en Durango, Veracruz, Jalisco y el DF. Demandan condiciones laborales más seguras y la “no criminalización del acto médico”.
2016-2017	Aumenta el número de comunidades abandonadas por médicos en Guerrero y Durango.

Fuente: elaboración propia.

Se ha registrado que, en los últimos cinco años, un médico pasante pierde la vida de forma violenta cada año (27). En el 2022 fue asesinado un médico pasante de 24 años, que realizaba su servicio social mientras llevaba a cabo sus labores médicas en el estado de Durango. El evento desató protestas en diferentes estados del país como Coahuila, Oaxaca, Veracruz, Zacatecas y en la Ciudad de México. Durante dicha manifestación, médicos en formación solicitaron a las autoridades estatales, federales y universitarias tomar medidas que conlleven a solucionar el problema además de la petición por medio de diferentes organizaciones no gubernamentales de garantizar el bienestar y seguridad de los médicos (28).

Por otro lado, no existe una completa claridad acerca de las cifras oficiales de esta problemática, la Secretaría de Salud del Gobierno Federal refirió 34 denuncias de agresiones o amenazas contra los médicos pasantes de 12 instituciones de educación superior; sin embargo, en otro reporte de una de estas instituciones se informó que de enero de 2007 a septiembre de 2015 se registraron 50 denuncias de médicos pasantes estudiantes (29).

Como respuesta a la problemática de disminución de recursos humanos en salud, en mayo de 2022, diversos medios de comunicación en sus plataformas digitales informaron que el gobierno había ofrecido contratación expedita y una mejora en los sueldos a los médicos que aceptaran trabajar en zonas rurales y de no ser así, con la finalidad de garantizar el derecho a la protección de la salud de los mexicanos, entonces se buscaría contratar médicos extranjeros

(provenientes de Cuba, Estados Unidos y Francia) (30). Es importante destacar que dicha convocatoria no especifica los estados o regiones del país en los que se encuentran las plazas médicas a ocupar; sin embargo, hace referencia a que se tendrá un beneficio de “sobresueldo de hasta el 30% por laborar en zonas rurales”, así como “Pago de Alto Costo de Vida y/o Zona Aislada en diversas localidades de las Entidades Federativas” (31).

En respuesta a esta iniciativa, médicos mexicanos argumentaron que la falta de cobertura en algunas regiones de país no es por la falta de personal profesional sino más bien la ausencia de condiciones laborales adecuadas y de seguridad en estas zonas, así como los suficientes recursos físicos, medicamentos y equipo médico necesarios para poder realizar el trabajo (32).

Existe poca investigación e información acerca de los efectos de la violencia en aspectos del cuidado de la salud y cómo afecta la disposición en recursos humanos en salud (23). A pesar de ello, se considera que se debe prestar atención a este fenómeno y atender áreas de oportunidad, ya que en muchos casos en los centros de salud rural, únicamente el médico pasante es responsable de la atención médica durante las 24 horas, es decir, estos profesionales deben cumplir con un horario matutino, vespertino y en muchas ocasiones tienen que prestar atención incluso por las noches si se presentan casos de urgencia, circunstancias que suponen un alto riesgo para el bienestar y la seguridad del médico.

6. Asignación de recursos humanos en salud

Asignar recursos implica priorizar las necesidades en virtud de la urgencia que genere un mayor beneficio o que ocasione el menor mal posible. Si hablamos de este proceso de determinación en cuanto a la protección de la salud, se puede observar que es mucho más complejo.

Entendamos la *microasignación* de recursos cuando se tiene que deliberar entre qué persona será la elegida para asignar un recurso

específico y el orden en que esta lo recibirá; por ejemplo, el uso de una cama hospitalaria o un ventilador mecánico. Así también, la asignación de tratamientos o medidas terapéuticas individuales, procesos que se encuentran directamente ligados a la asignación de recursos humanos en salud, ya que es importante contar con un profesional a nivel local, que se encargue de las cuestiones médicas con profundo entendimiento de las circunstancias y el contexto local del estado de salud de una población determinada.

Por otro lado, la *macroasignación* de recursos se refiere a un ámbito de mayor magnitud como la asignación de presupuestos o la evaluación del programa de salud al que se le dará prioridad, ya que la atención médica no es el único bien importante, por lo que se requiere discernir sobre otras necesidades dentro del sistema de salud existentes (33).

Si bien estas decisiones buscan el máximo beneficio, dentro de la *macroasignación* se encuentra también la gestión de los recursos humanos en salud que incluye planificar, organizar y distribuir de forma adecuada y óptima la cobertura de todas las necesidades de salud de las personas, así como contar con las estrategias y políticas que permitan que estos profesionales quieran formar parte de este sistema, no sólo por los incentivos económicos sino también por la satisfacción profesional y personal (34). Desde este punto de vista y teniendo en cuenta las situaciones descritas en las secciones anteriores, podemos esbozar la complejidad y desafíos que supone la gestión de estos recursos al ser un eslabón importante entre las necesidades de *microasignación* y *macroasignación*.

7. Derecho a la protección de la salud, autonomía y conflicto en la asignación de recursos humanos en salud

En la medida en que expliquemos la naturaleza e importancia de cada uno de los elementos que componen la relación entre la salud, la macroasignación de recursos (incluidos los recursos humanos en salud) y la violencia, se encuentran conflictos que son fundamentales

describir. Si bien, no es menester en este artículo proponer una solución contundente a la problemática sanitaria ocasionada por la violencia o a los problemas en general del sistema de salud mexicano con respecto a la falta de recursos humanos en salud, ni tampoco obtener conclusiones particulares, se trata de visibilizar la situación y mostrarla desde un punto de vista ético dentro del planteamiento de cuestiones normativas que se espera logren ser resueltas en trabajos futuros.

Asimismo, es importante plantear la importancia de la salud desde una perspectiva filosófica y jurídica. El filósofo Norman Daniels explica que cualquier teoría de la justicia, tendría que alcanzar también las cuestiones de sanidad de tal forma que la asistencia sanitaria (incluida la salud pública) es especial porque protege el funcionamiento normal, que a su vez protege la gama de oportunidades abiertas a las personas (33).

En el mismo sentido, desde el punto de vista jurídico, el derecho a la salud es un derecho humano fundamental y en la constitución mexicana se hace referencia al derecho a la protección de la salud.⁴ Lo anterior implica que las autoridades sanitarias del país deben organizar, planear y regular el funcionamiento del sistema nacional de salud. Esta responsabilidad incluye la toma de decisiones en cuanto la asignación de recursos, no sólo materiales, físicos o económicos sino también los recursos humanos. Pensaremos que, por lo tanto y para lograr el objetivo de proteger la salud de las personas, se tienen que crear estrategias que aseguren que exista personal médico que cubra el territorio nacional.

La violencia es uno de los principales factores por los cuales existe falta de personal médico en las regiones afectadas por este problema, por lo que es necesario entonces reflexionar en qué diferentes circunstancias, ha causado la falta de cobertura médica ya que los

⁴ Art. 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del art. 73 de esta constitución".

médicos, en un ejercicio genuino de su autonomía como su “capacidad de elegir, de tomar sus propias decisiones y de actuar de acuerdo con ellas” (35), deciden no trabajar en las zonas afectadas.

El primer pensamiento sobre estas circunstancias es comprender que existe un conflicto, ya que la decisión de los médicos podría perjudicar el derecho a la protección de la salud de las personas que serían beneficiarias del servicio médico, por el momento ausente.

En realidad, el conflicto se encuentra en la asignación, por parte del estado, de los recursos necesarios para salvaguardar el derecho a la protección de la salud. Si los profesionales de la salud no aceptan trabajar en estas zonas, es por proteger su propio bienestar, en todo caso, se trata también de cuestiones relacionadas a su salud y vida por lo que deciden no acudir a estos sitios, hasta que se cumplan las siguientes situaciones: (i) mejores condiciones de seguridad en estas zonas; (ii) mejora en las condiciones laborales, así como mejor remuneración económica y (iii) aumento de recursos físicos y materiales, así como medicamentos y equipo médico. Entonces encontramos las siguientes cuestiones: ¿es prudente incrementar los incentivos para que los médicos accedan a ir a esas zonas, o los recursos deberían asignarse a planes que mejoren la violencia en estas regiones?; ¿es considerablemente ético ocupar más recursos en esta estrategia y desatender otros programas, que también serían importantes en otros rubros de la salud?; ¿es prudente ampliar y mejorar la infraestructura hospitalaria en estas zonas, que mejoraría las condiciones para realizar el trabajo médico?

Dar respuesta a estas preguntas y probablemente muchas otras que emergerían de la discusión es muy complejo y no es el objetivo del presente trabajo, sin embargo, encontramos que la propuesta actual de sólo conseguir personal médico que acuda a las regiones afectadas es una alternativa desequilibrada que podría no beneficiar y que tampoco representa una solución a la problemática.

Por ello, es fundamental invertir en estudios e investigaciones que aborden este tipo temas sociales que afectan la salud de la población y tratar de encontrar soluciones efectivas para mejorar la cobertura sanitaria en estos lugares marginados.

8. Conclusiones

La salud es un bien valioso que permite a los individuos tener un buen desarrollo en la mayoría de los aspectos de su vida y está dirigido a crear la salud de todas las personas dentro de la sociedad. Sin embargo, existen algunos fenómenos sociales que podrían afectar este estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades y uno de estos es la violencia, que en algunas regiones de México se ha convertido en un alarmante problema de salud pública, ya que, como se puede observar en esta investigación, obstaculiza la entrega de estos servicios. En el proceso de conocer las circunstancias y dar una idea sobre la elección del camino apropiado para mejorarlos, surgen a la luz diferentes conflictos éticos que aún son difíciles de resolver, de manera que es necesaria más investigación para el entendimiento y búsqueda de soluciones a esta situación.

Referencias

1. Foghammar L, Jang S, Asylbek G, Weiss N. Challenges in researching violence affecting health service delivery in complex security environments. *Social Sciences & Medicine* [Internet]. 2016; 162:219-226. <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2016.03.039>
2. Facultad de Medicina. Programa Académico de Servicio Social. Licenciatura de Médico Cirujano. Última actualización. Universidad Nacional Autónoma de México [Internet]. 2022. Disponible en: <https://seciss.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2023/03/Programa-Academico-2022.pdf>
3. Rodríguez M, Viesca C, Fajardo G, Moreno A. La salud durante el cardenismo (1934-1940). *Gac Med Mex* [Internet]. 2017; 153(5):608-625. <https://doi.org/10.24875/GMM.17003520>
4. López J, Real T. Servicio Social de Medicina en México. Factibilidad del cumplimiento académico en el área rural. *Rev Fac Med UNAM* [Internet]. 2004; 47(5): 181-186 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un045b.pdf>
5. Secretaría de Gobernación. Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud para la organización y funcionamiento de residencias médicas. Diario Oficial de la Federación [Internet]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284147&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0

6. Nigenda, G. Servicio social en medicina en México. Una reforma urgente y posible. *Salud Pública Mex* [Internet]. 2013; 55:519-527. <https://doi.org/10.21149/spm.v55i5.7253>
7. Redwood L, Sekhar S, Persaud C. Health care workers in danger zones: a special report on safety and security in a changing environment. *Prehosp Disaster Med* [Internet]. 2014; 29(5):503-507. <https://doi.org/10.1017/S1049023X14000934>
8. Gomez O. Sistema de salud en México. *Salud pública Mex* [Internet]. 2011; 53:s220-s232. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262501775_Sistema_de_salud_de_Mexico
9. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Comunicado de prensa núm. 580/21. Estadísticas a propósito de las personas ocupadas como médicos [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_Medico2021.pdf
10. OECD/The World Bank. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe OECD Publishing [Internet]. 2020. <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>
11. González F, Soto D. Mentoría / Corriente Alterna. Cultura UNAM [Internet]. 2022. Disponible en: <https://corrientealterna.unam.mx/derechos-humanos/podcast-medicos-pasantes-en-mexico-curar-desde-la-precariedad-y-el-abandono/>
12. Secretaría de Salud. Comunicado de prensa 258. Aumenta número de plazas de residencias médicas para atender déficit de especialistas. Número de plazas para estudiar especialidad aumentó 9,480 en 2019, a 19,480 en 2020. Secretaría de Salud. Nacional [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/258-aumenta-numero-de-plazas-de-residencias-medicas-para-atender-deficit-de-especialistas>
13. Krug E, Dahlberg L, Mercy J. World report on violence and health. World Health Organization [Internet]. 2022. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf
14. Rutherford A, Zwi A. Violence: a glossary. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2007; 61(8):676-680. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2005.043711>
15. Enciso F. México y la guerra sin nombre. International Crisis Group [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.crisisgroup.org/es/latin-america-caribbean/mexico/mexicos-worsening-war-without-name>
16. Bergman M. La violencia en México: algunas aproximaciones académicas. *Desacatos Revista de Ciencias Sociales* [Internet]. 2012; (40):65-76. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13925007005>
17. Buvinic M, Morrison A. How is violence measure? Inter American Development Bank [Internet]. 1999. Disponible en: <https://publications.iadb.org/en/publication/11626/how-violence-measured>
18. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Comunicado de prensa núm. 376/22 [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/DH/DH2021.pdf>
19. Secretaría de Gobernación. Programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia 2022-2024. Diario Oficial de la Federación [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5673254&fecha=05/12/2022#gsc.tab=0

20. Institute for Economics and Peace, IEP. Índice de Paz México 2022: identificar y medir los factores que impulsan la paz [Internet]. 2022. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/mexico/indice-de-paz-mexico-2022-identificar-y-medir-los-factores-que-impulsan-la-paz>
21. Organización Mundial de la Salud. 49 Asamblea Mundial de la Salud. Resoluciones y decisiones [Internet]. 1996. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/203895/WHA49_1996-REC-1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
22. Sitio Oficial de Andrés Manuel López Obrador. Faltan 200 mil médicos en México; garantizar suficiencia de personal de la salud, desafío del gobierno: presidente AMLO. 2019. Disponible en: <https://lopezobrador.org.mx/2019/07/13/faltan-200-mil-medicos-en-mexico-garantizar-suficiencia-de-personal-de-la-salud-desafio-del-gobierno-presidente-amlo/>
23. Vargas L, Vélez-Grau C, Camacho D, Richmond T, Meisel Z. The Permeating Effects of Violence on Health Services and Health in Mexico. *J Interpers Violence* [Internet]. 2022; 37(13-14). <https://doi.org/10.1177/0886260521990832>
24. Abu Sa'Da C, Duroch F, Taithe B. Attacks on medical missions: overview of a polymorphous reality: the case of Médecins Sans Frontières. *International Review of the Red Cross* [Internet]. 2014; 95(890):309-330. <https://doi.org/10.1017/S1816383114000186>
25. Ramírez, O. Condiciones de trabajo de los médicos pasantes mexicanos durante el servicio social. *Perfiles educativos* [Internet]. 2012; 34(138):92-107. <https://doi.org/10.22201/iisue.24486167e.2012.138.34157>
26. Castro R. Violencia en la práctica médica en México: un caso de ambivalencia sociológica. *Estud. Sociol* [Internet]. 2018; 36(108). <https://doi.org/10.24201/es.2018v36n108.1648>
27. Sánchez C. ONG pide garantizar seguridad y bienestar a pasantes de medicina en México. *Swissinfo.ch* [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.swissinfo.ch/spa/méxico-salud_ong-pide-garantizar-seguridad-y-bienestar-a-pasantes-de-medicina-en-méxico/47777056
28. Vega A. ¡Ni un pasante menos: médicos en formación protestan y exigen condiciones de seguridad en su servicio social. *Animal político* [Internet]. 2022. Disponible en: <https://es-us.noticias.yahoo.com/m%C3%A9dicos-pasantes-protestan-exigir-condiciones-205907230.html>
29. Estrada A. El crimen amenaza a médicos pasantes. *Periodismo de Investigación. El Universal* [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.eluniversal.com.mx/articulo/periodismo-de-investigacion/2016/02/7/medicos-pasantes-blancos-del-crimen>
30. Redacción. AMLO ofrece contratación inmediata y 'mejores sueldos' a médicos que acepten plazas en zonas rurales. *El Financiero* [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/2022/05/18/amlo-ofrece-contratacion-inmediata-y-mejores-sueldos-a-medicos-que-acepten-plazas-en-zonas-rurales/>

31. Gobierno de México. Jornada Nacional de Reclutamiento y Contratación de Médicas y Médicos Especialistas [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.gob.mx/insalud/articulos/jornada-nacional-de-reclutamiento-y-contratacion-de-medicas-y-medicos-especialistas-303021>
32. Redacción. No hacen falta médicos, hacen falta condiciones adecuadas de trabajo en México. El Financiero [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/2022/06/02/no-hacen-falta-medicos-hacen-falta-condiciones-adecuadas-de-trabajo-en-mexico-tello/>
33. Daniels, N. Justice, Health and Healthcare. The American Journal of Bioethics [Internet]. 2001; 1(2):2-16. <https://doi.org/10.1162/152651601300168834>
34. Novick M. Desafíos de la Gestión de los Recursos Humanos en Salud: 2005-2015. Organización Panamericana de la Salud OPS [Internet]. 2006. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/HSS-DesafiosGestionHR2005-15.pdf>
35. Mazo H. La autonomía: principio ético contemporáneo. Revista Colombiana de Ciencias Sociales [Internet]. 2012; 3(1):115-132. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497856286009>

Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.

