

Condiciones de trabajo de los médicos pasantes mexicanos durante el servicio social

OMAR FERNANDO RAMÍREZ DE LA ROCHE* | ALICIA HAMUI SUTTON**
JESÚS REYNAGA OBREGÓN*** | MARGARITA VARELA RUIZ**** | MARÍA EUGENIA
PONCE DE LEÓN***** | ARTURO DÍAZ VILLANUEVA***** | ISELA VALVERDE LUNA*****

Este artículo tiene el propósito de dar a conocer cómo un grupo de pasantes de la carrera de Medicina percibió las condiciones de trabajo en las que se desarrolló el servicio social en 2009. Se realizó un estudio exploratorio a partir de una investigación en línea aplicada a 814 pasantes; se eligió una muestra de 262 y se seleccionaron 52 de las 202 preguntas que se referían a las condiciones de trabajo. Entre los resultados obtenidos está que los pasantes, al ser becarios, no fueron estrictos trabajadores de las instituciones de salud, pero laboraron asumiendo todas las obligaciones y responsabilidades de médico general, aunque en condiciones laborales precarias.

This article has as purpose to show how a group of undergraduate students of the Faculty of Medicine perceived the working conditions in which they carried out their social service in the year 2009. The authors carried out a scouting study based on a on-line research in which they consulted 814 undergraduate MD; they selected a sample of 262 and 52 of the 202 initial questions about working conditions. Amongst the results they show that the undergraduate MD, since they are scholarship holders, were not considered strictly as workers of the healthcare centers, although they worked taking on all the duties and responsibilities of general practitioners. The working conditions were scarce.

Palabras clave

Servicio social
Médicos
Padres de familia
Trabajo
Personal de salud

Keywords

Social service
Doctors in Medicine
Family heads
Work
Healthcare professionals

Recepción: 18 de mayo de 2011 | Aceptación: 5 de septiembre de 2011

* Maestro en Sistemas de Salud. Profesor de tiempo completo de la Facultad de Medicina, Departamento de Investigación Educativa de la UNAM. Temas de interés: investigación educativa en cirujanos generales y sistemas de salud. CE: omaramirez26@hotmail.com

** Doctora en Ciencias Sociales, jefa del Departamento de Investigación Educativa de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM. Temas de interés: investigación en educación médica y atención de la salud. CE: lizhamui@hotmail.com

*** Especialista en Estadística Aplicada a la Salud, profesor de tiempo completo de la Facultad de Medicina de la UNAM. Temas de interés: métodos estadísticos en educación médica y en salud pública, y epidemiología aplicada. CE: jesus_reynaga@hotmail.com

**** Maestra en tecnología educativa, coordinadora de apoyos educativos en el Departamento de Biología Celular y Tisular de la Facultad de Medicina de la UNAM. Tema de interés: educación médica. CE: magavarelar@yahoo.com.mx

***** Maestra en Educación Superior, coordinadora de planes y programas de estudio. Facultad de Medicina de la UNAM. Temas de interés: evaluación educativa, estrategias de aprendizaje y evaluación. CE: maeugenia.poceleon@gmail.com

***** Médico cirujano de la Facultad de Medicina de la UNAM. CE: cosmo_art05@yahoo.com.mx

***** Médica cirujana de la Facultad de Medicina de la UNAM. CE: iselavalverde@hotmail.com

ANTECEDENTES

El marco conceptual de este texto se articula a partir de cuatro elementos: la actividad conocida como servicio social, realizada por los pasantes en el pregrado de la carrera de Medicina; un grupo de médicos pasantes del servicio social como recursos humano para la atención médica en el primer nivel de atención; las condiciones de trabajo y los riesgos de trabajo que se desprenden del anterior.

Servicio social realizado por los pasantes en el pregrado de la carrera de Medicina

El servicio social es una actividad obligatoria que deben realizar los estudiantes de la carrera de Medicina de la Facultad de Medicina en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) durante un año en comunidades urbanas y rurales, para concluir el plan de estudios y obtener el título de médico cirujano (CPEUM, 1998: 11; SEP, 1991a: 53; SEP, 1991b: 44; AMFEM, 1992; LGS, 1995: 17). Es una labor que los estudiantes realizan en el último año; en ella integran y aplican los conocimientos adquiridos en los años previos de su formación e implica el ejercicio de la práctica médica profesional en beneficio o interés de la sociedad (UNAM, 2010).

El servicio social se instituyó en México en el año de 1936, como respuesta a la escasez de médicos en las zonas rurales, indígenas y campesinas, que conformaban un segmento social que se encontraba al margen del desarrollo.

En 1945, la Ley Reglamentaria del artículo 5° estableció la diferenciación entre el servicio social de estudiantes y el servicio social de profesionales: para el primer caso la responsabilidad recaía en la institución educativa (López *et al.*, 2004: 181; “Reglamento para la prestación del servicio social...”, DOF, 30 de marzo, 1993; Secretaría de Salud –SS–, 1995).

A partir del siglo XX, la práctica se ha entendido a la mayoría de los países de la región latinoamericana. Se realiza una vez aprobadas

las asignaturas de la carrera de Medicina, o después, cuando se empieza a trabajar en el área de la salud; en el primer caso se llama pregrado y en el segundo, servicio profesional. El servicio social de pregrado se realiza en países como Ecuador, Guatemala y Venezuela, en tanto que el servicio social profesional se efectúa en Bolivia, Costa Rica, El Salvador, Honduras Nicaragua, Panamá y Perú. En otros lugares se practican ambas modalidades, como en México, donde al terminar la licenciatura se cumple con el servicio social de pregrado y durante los estudios de posgrado (residencia o especialidad), se presta el servicio social profesional (Vázquez, 2010: 229). En esta investigación se hace referencia al servicio de pregrado de la carrera de Medicina, cuyos integrantes se denominan “médicos pasantes del servicio social”.

El servicio social constituye una actividad obligatoria para concluir la carrera de los estudiantes de medicina, e implica alterar durante doce meses sus vidas y actividades de trabajo. A pesar de que durante este periodo en la formación profesional ocurren transformaciones y cambios profundos en la vida y en la concepción laboral de los médicos, este proceso está poco documentado.

El año anterior al servicio social los estudiantes de medicina realizan el denominado “internado médico”, que corresponde al quinto año; en los cuatro anteriores estudian diversas asignaturas o módulos cuyos contenidos predominantes son básicos y clínicos, con orientación hacia el currículo del primer nivel de atención; sin embargo, para la enseñanza de los ciclos clínicos, y en el internado médico, se utilizan principalmente las unidades de segundo y tercer nivel de atención (hospitales generales de referencia e institutos nacionales de salud). Los profesores son en su mayoría especialistas clínicos y, salvo excepciones, los alumnos egresados sustentan más adelante el Examen de Residencias Médicas, con la expectativa de realizar en un futuro cercano un ejercicio profesional especializado (López *et al.*, 2004: 184; López, 1998: 151; López y Real, 2001: 14).

Ramírez (2008) menciona que el ambiente en el que los pasantes desarrollan su servicio social no corresponde a las expectativas que tienen sobre su futuro profesional y la adaptación al nuevo contexto les resulta difícil debido a que se encuentran lejos de su ambiente cultural y social (Magnus y Mick, 2000: 1198). Uno de los principales motivos de descontento de los jóvenes médicos es que en los planes de la carrera no se incluyen las dificultades, ni se ofrecen las herramientas teóricas y metodológicas para enfrentarlas (Vázquez, 2010).

Aunque existen en la web algunos *blogs*, portales, foros y periódicos digitales con información de los sucesos que ocurren a los médicos internos de pregrado y durante el servicio social,¹ debe señalarse que no se encontró ninguna investigación publicada sobre las condiciones de trabajo de los pasantes de la carrera de Medicina en México.

Médico pasante del servicio social como recursos humano para la atención médica

El grupo de médicos pasantes de pregrado de la carrera de Medicina que realizaron su servicio social en comunidades rurales durante 2009-2010 no eran, estrictamente hablando, “trabajadores” de las instituciones de salud; su estatus era de becarios que durante doce meses se convirtieron en responsables de los usuarios asignados en las labores médicas preventivas y curativas en los “centros de salud” (inmuebles del primer nivel de atención), que pertenecen a dos grandes instituciones públicas de salud: la Secretaría de Salud (SS) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Es importante mencionar que a partir del año 2005, los estudiantes de la carrera de Medicina de la UNAM tienen que presentar y aprobar el examen profesional para

poder realizar el servicio social (UNAM, 2009). Aunque los estudiantes que participaron en esta investigación eran becarios, adquirieron deberes y obligaciones de médicos generales como responsables de los consultorios.

A pesar de ello, todos los médicos pasantes del servicio social de las facultades de Medicina y Odontología de todas las universidades del país que participan en este programa, al igual que todos los residentes de las especialidades médicas, se incorporan a las estadísticas oficiales, publicadas y públicas, para formar parte de los “recursos humanos” de las instituciones públicas del sector salud (Tabla 1). Como puede verse, en 2008 (última información obtenida), este numeroso grupo representaba 23.3 por ciento del personal médico en contacto directo con el paciente, porcentaje que disminuyó nueve puntos porcentuales en 18 años (en relación a 1990). En otras palabras, uno de cada cuatro médicos que atendieron a la población mexicana en el sector público de la salud, pertenecía a este grupo.

Condiciones de trabajo

Para México y la mayoría de los países del mundo, los trabajadores son sujetos de derechos establecidos por instituciones nacionales y organismos internacionales, concepción que se conoce como “condiciones de trabajo”; éstas constituyen el conjunto de obligaciones y derechos que se imponen recíprocamente trabajadores y patrones en virtud de los reglamentos que rigen las relaciones de trabajo que se establecieron en México a partir de las reformas realizadas en 1970 (incluye nombramientos, salarios, jornadas y horarios de trabajo, asistencia, calidad del trabajo, capacitación, derechos y obligaciones de los trabajadores, riesgos, estímulos y medidas disciplinarias)

1 Al respecto puede consultarse: “Injusticia contra el médico pasante en servicio social”, en: <http://telemex.com.mx/blog/?p=61> (consulta: 3 de noviembre de 2010), “Servicio social en medicina”, en: <http://serviciosocialmedicina.blogspot.com/> (consulta: 3 de noviembre de 2010), “Rechazan declaración de médico pasante”, *El Portal de Sinaloa*, 26 de agosto de 2008, en: <http://www.noroeste.com.mx/publicaciones.php?id=404983> (consulta: 5 de agosto de 2011), ENARM (Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas), Foro de Médicos Pasantes del Servicio Social, en: <http://enarm.1forum.biz/f21-foro-de-medicos-pasantes-de-servicio-social> (consulta: 5 de agosto de 2011), Médicos Pasantes de Servicio Social (MPSS), en: <http://www.facebook.com/group.php?gid=113140476729> (consulta: 5 de agosto de 2011).

Tabla 1. Recursos humanos de las instituciones públicas del sector salud por tipo de personal (1990 y 2008)

Tipo de personal	1990	2008
Total	381,284	685,296
Personal médico	89,330	177,837
En contacto directo con el paciente	75,567	159,949
Generales (%)	32.9	30.4
Especialistas (%)	34.8	46.3
Otros (a) (%)	32.3	23.3
En otras labores	13,763	17,888
Paramédicos	291,954	507,459
Enfermeras (%)	44.7	45.2
En servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	7.5	10.5
Otros paramédicos (b) (%)	47.8	44.3

a: comprende pasantes de medicina y de odontología y residentes.

b: incluye personal administrativo y de trabajo social.

Fuente: Secretaría de Salud (1991), *Boletín de Información Estadística, México*, 1990; Secretaría de Salud (2009), *Boletín de Información Estadística*, núm. 28, en: www.salud.gob.mx

(Santos, 2000). Las condiciones de trabajo se consideran como un área interdisciplinaria relacionada con elementos como la seguridad, la salud y la calidad de vida en el empleo.

Desde 1950, organismos internacionales como la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud comparten algunas definiciones al respecto; entre ellas está que las razones para establecer buenos estándares en salud y seguridad en el lugar de trabajo son:

- *Morales*. Un empleado no debería correr riesgos de sufrir accidentes en el trabajo, ni tampoco otras personas relacionadas con la actividad laboral.
- *Económicas*. Muchos gobiernos aceptan que las malas condiciones de trabajo redundan en un mayor costo para el Estado, como el pago de seguro social para los discapacitados, tratamientos médicos, y la disminución de la fuerza

laboral. Las organizaciones también pueden enfrentar desventajas económicas, tales como los costos burocráticos, la disminución de la producción y la pérdida de la imagen positiva ante los restantes empleados, los consumidores y el público en general.

- *Legales*. Los requerimientos mínimos de salud y seguridad en las condiciones de trabajo suelen estar tipificados en los derechos civil y penal. Suele considerarse que sin la presión legal las organizaciones podrían no sentirse precisadas a afrontar los costos de mejorar las condiciones de trabajo sólo por motivos morales o de ganancia a largo plazo (OMS, OIT).²

Riesgo laboral

Cuando se menciona el trabajo surge un elemento inherente que son las condiciones en las que se realiza. El trabajo y sus condiciones

² Organización Mundial de la Salud, en: <http://www.who.int/publications/es/> (consulta: 24 de agosto de 2011); Organización Internacional del Trabajo, en: <http://www.ilo.org/global/lang-es/index.htm> (consulta: 24 de agosto de 2011).

presentan una estrecha relación con la salud, ya que el trabajo puede causar daños a la misma: se sabe que las condiciones sociales y materiales en que se realiza el trabajo pueden afectar el estado de bienestar de las personas en forma negativa. Los daños a la salud más evidentes y visibles son los accidentes de trabajo, al igual que las enfermedades profesionales, aunque de éstas se sepa menos. Los daños a la salud por efecto del trabajo resultan de la combinación de diversos factores y mecanismos (Parra, 2003) que conforman el llamado “riesgo laboral”, definido como los factores de riesgo psicosocial en el trabajo relacionados con aquellos aspectos de concepción, organización y gestión del trabajo, así como el contexto social y ambiental que tienen la potencialidad de causar daño físico, psíquico o social a los trabajadores (Cox *et al.*, 2003; Cox y Griffiths, 1996; Cox *et al.*, 1993).

En la literatura revisada existe coincidencia sobre los tipos de “factores de riesgo” y sus definiciones:

- *Condiciones generales e infraestructura sanitaria del local del trabajo:* se refiere a protección climática adecuada y disponibilidad de instalaciones sanitarias, agua potable y comedores.
- *Condiciones de seguridad:* se refiere a las condiciones que influyen en los accidentes, incluyendo las características de máquinas, equipos y herramientas, seguridad general del local y del espacio de trabajo y riesgos de las fuentes de energía.
- *Riesgos del ambiente físico:* se refiere a las condiciones físicas del trabajo, que pueden ocasionar accidentes y enfermedades, como ruido, vibraciones o condiciones adversas de temperatura.
- *Riesgos de contaminación química y biológica:* referida a la exposición directa a contaminantes químicos o biológicos, por ser parte del proceso de trabajo.
- *Carga de trabajo:* referido a las exigencias de las tareas sobre los individuos,

como esfuerzo físico, posturas de trabajo, manipulación de carga, exigencias de concentración.

- *Organización del trabajo:* se refiere a la forma en que se organizan las tareas y se distribuye el tiempo de trabajo, las funciones y el ritmo (Cortés, 2007; Smyth *et al.*, 1999; Cordero, 2002; Cantera *et al.*, 2008; Meliá, 2008).

Como ya se señaló, los médicos pasantes del servicio social de la carrera de Medicina no son considerados, estrictamente hablando, como trabajadores de las instituciones de salud donde realizan sus actividades; sin embargo, fungen como médicos generales encargados de los centros de salud y están facultados para proporcionar atención en el primer nivel de atención médica. A partir de esta circunstancia, se planteó la siguiente pregunta: ¿cuáles fueron las condiciones de trabajo en las que laboraron un grupo de pasantes de la generación 2009-2010 que realizaron el servicio social en nueve entidades federativas de México?

DISEÑO METODOLÓGICO

Las autoridades de la Facultad de Medicina de la UNAM, preocupadas por la ausencia de información durante este crucial periodo, realizaron una investigación para indagar acerca de la experiencia de los pasantes. Para tal propósito se diseñó y aplicó una encuesta que estuvo disponible en la página web de la Facultad de Medicina del 15 de enero al 15 de marzo de 2009, compuesta por 202 preguntas; dicha encuesta se aplicó a toda la generación de pasantes (814) que inició la actividad el primero de febrero de 2009 y la concluyó el 31 de enero de 2010, con el fin de conocer las condiciones en que realizaron su servicio.

La encuesta en línea se denominó “La experiencia del pasante en el servicio social”, y estaba constituida por 14 secciones: datos personales, selección y ocupación de la plaza, salida, recibimiento, primeras impresiones de

la unidad de salud (centros de salud), trabajo en el centro de salud, enseñanza y aprendizaje durante el servicio social, vida cotidiana, seguridad, estado emocional, relaciones interpersonales, contacto con el medio, y expectativas y motivaciones que generó el servicio social.

De los 453 alumnos que contestaron la encuesta se excluyeron 191 porque realizaron esta actividad en programas de investigación o de vinculación, y por residir en la Ciudad de México, ya que la investigación pretendía indagar acerca de las condiciones de trabajo de los médicos pasantes en comunidades rurales dispersas. Finalmente quedó una muestra de 262 pasantes, en la que se pudieron observar aspectos fundamentales de su *modus vivendi*.

Con base en la literatura revisada y los datos disponibles en la encuesta aplicada se eligieron seis aspectos nodales sobre elementos que deberían estar presentes en las condiciones de trabajo de cualquier empleado: mantenimiento, alimentación, tiempo libre, trabajo en el centro de salud, seguridad en la comunidad, condiciones del centro de salud.

Se realizó un estudio exploratorio y transversal sobre un evento poco estudiado: las condiciones de trabajo de los pasantes. Para el análisis se seleccionaron 52 de las 202 preguntas que daban cuenta de las “condiciones”, especificadas en seis aspectos nodales.

Cada uno de éstos se agrupó en tablas en las que se consignaron los resultados de las preguntas, la mayoría de las cuales fueron dicotómicas. Los datos se capturaron en un programa con hoja de cálculo y posteriormente se trasladaron a un paquete estadístico. Aunque algunos resultados se expresan en porcentajes, los cálculos se efectuaron con las cifras absolutas dispuestas en tablas de contingencia.

De todos los temas disponibles en la encuesta se decidió profundizar sobre las condiciones de trabajo de los médicos pasantes, focalizadas en el espacio físico de la unidad médica, enclavada en comunidades rurales dispersas. Con este criterio se establecieron las siguientes “condiciones de trabajo”:

- a) *Mantenimiento*, entendido como el conjunto de cuidados o necesidades de los pasantes para vivir dignamente en su trabajo cotidiano. Se tomaron en cuenta las preguntas que indagaban sobre aspectos económicos como la beca recibida y la ayuda familiar; al igual que las actividades domésticas en el centro de salud y la higiene personal.
- b) *Alimentación*, como necesidad para subsistir. Se tomaron las preguntas que daban cuenta de los hábitos alimenticios, la calidad de la alimentación, lugar para cocinar y conservar alimentos, número de comidas al día y adquisición de alimentos. Alimentarse es una condición para, además de trabajar, mantenerse sano.
- c) *Tiempo libre*, para mantenerse mentalmente saludable. Se consideró como tiempo libre a aquel que no se dedicaba al trabajo o a las responsabilidades relacionadas con el empleo o con otras formas de mantenimiento económico. Se incluyeron aquellas actividades relacionadas con las vacaciones, el descanso, los eventos recreativos y extra laborales junto a la comunidad que fueron realizadas por los pasantes. Se consideraron las preguntas relacionadas con el contacto con familias del lugar, la generación de lazos afectivos con miembros de la comunidad, los días de descanso y los periodos vacacionales, las actividades recreativas y los eventos sociales, así como las actividades extralaborales con el equipo de salud.

El derecho a gozar de tiempo libre está estipulado en las condiciones de trabajo y en varios instrumentos internacionales como la Declaración Universal de los Derechos del Hombre (ONU, 2011: artículo 24), la Declaración Americana de los Derechos y Deberes

del Hombre (CIDH, 2011: artículo 15) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (Miranda, 2006; ACNUDH, 2011).

- d) *Trabajo en el centro de salud*, como una actividad que fue un medio y un fin para concluir la última etapa de la carrera. Se consideraron las preguntas relativas a la relación con el equipo y el comité de salud, que son parte importante de las unidades; el horario de atención, traslado de pacientes al segundo nivel de atención en caso necesario, la realización de guardias nocturnas y los apoyos recibidos por las instituciones de salud y la UNAM para realizar las actividades correspondientes.
- e) *Seguridad en la comunidad*, como una cualidad para el desempeño de cualquier actividad laboral. Se tomaron en cuenta las preguntas relacionadas con la supervisión de la seguridad por las autoridades comunales, la irrupción sin consentimiento al centro de salud, acoso o abuso sexual, robo, la percepción de peligro y la posibilidad de renunciar al servicio social debido a la inseguridad percibida.
- f) *Las condiciones del centro de salud*, que hizo referencia a las circunstancias en que los pasantes realizaron su trabajo, ya que era el lugar donde pasaban la mayor parte del día. Se consideraron los servicios públicos básicos como agua potable, electricidad, drenaje, ventilación adecuada y suministro de gas, así como los aspectos elementales para el descanso y recuperación de la jornada de todos los días, como poseer una cama y agua caliente para bañarse. También se tomaron en cuenta los medios para estudiar (libros de consulta) y para comunicarse (teléfono e Internet) con el mundo circundante.

RESULTADOS

Características del grupo

El grupo se constituyó mayoritariamente por mujeres (66 por ciento). Fueron fundamentalmente solteros/as (93.85 por ciento) y sin hijos (96.1 por ciento). Respecto de la distribución por instituciones sanitarias de adscripción, 54.6 por ciento se instalaron en unidades rurales del primer nivel de atención de la SS y 45.4 por ciento del IMSS. Espacialmente, 61.4 por ciento se repartieron en los estados de Hidalgo, Oaxaca, Tabasco y Zacatecas, y el 38.6 por ciento restante en Durango, Estado de México, San Luis Potosí, Sonora y Veracruz.

Mantenimiento

El mantenimiento estuvo ligado, para la mayoría de los pasantes, al aspecto económico. El pago por la labor realizada no se presentó como “salario”, sino como “beca”, arreglo que puso en desventaja al grupo trabajador porque obligó a las familias de los pasantes a financiar la mayor parte de la actividad, convirtiéndolas en “patrones”.

Los pasantes de pregrado recibieron una beca cuyo monto promedio mensual (aproximado) ascendía a 1 un mil 230 pesos, cantidad que no les permitió sufragar los gastos para vivir de manera digna e implicó que siete de cada diez pasantes recibieran ayuda económica de alguien más para mantenerse. La ayuda provino de familiares consanguíneos, principalmente de los padres y los hermanos.

La subordinación económica se inició desde el momento en que los pasantes viajaron de sus lugares de origen a la sede que les correspondió ocupar después del proceso de selección. Un 92.4 por ciento de ellos confirmó que necesitaron del apoyo familiar para llegar al lugar; y 73.3 por ciento precisaron de entre 1 mil 001 y 3 mil pesos adicionales para su mantenimiento.

En las condiciones de trabajo se incluyó a la “comunidad” porque proporcionaba

algunos apoyos para coadyuvar al trabajo de los pasantes, como fue el caso de las labores domésticas: cerca de la mitad de los pasantes (45.4 por ciento) recibió apoyo de este tipo,

mientras que 88.2 por ciento contaron con medios para mantener una adecuada higiene personal para enfrentar decorosamente las labores clínicas de todos los días (Tabla 2).

Tabla 2. Mantenimiento (n=262)

Preguntas	No		Sí	
	Núm	%	Núm	%
Además de la beca que recibes mensualmente, ¿alguien más contribuye a tu sostén económico?	75	28.6	187	71.4
¿Contaste con el apoyo financiero de tu familia para viajar a tu sede?	20	7.6	242	92.4
¿Cuentas con los medios necesarios para mantener una adecuada higiene personal?	31	11.8	231	88.2
¿La comunidad te apoya para realizar las labores domésticas?	143	54.6	119	45.4

Fuente: encuesta "La experiencia del pasante de la Facultad de Medicina en el servicio social. 2009-2010".

Alimentación

Los jóvenes galenos no fueron tan afortunados en cuanto al número apropiado de ingestas diarias recomendadas por los estudiosos, quienes sostienen la necesidad de hacer cinco o seis ingestas diarias porque esto influye de manera positiva en la prevención y el tratamiento de padecimientos como la obesidad, enfermedades cardiovasculares o la diabetes. El aumento en la frecuencia de consumo de alimentos también se ha relacionado con la disminución de grasa corporal y de colesterol total en la sangre, y el aumento de colesterol bueno (lipoproteína de baja intensidad), además de que ayuda a disminuir la intolerancia a la glucosa.³

La información analizada confirmó que 17.6 por ciento de los pasantes realizaba sólo una comida al día; 59.5 por ciento dos; 20.6 por ciento tres; 1.9 por ciento cuatro y apenas 0.4 por ciento realizaba más de cuatro comidas habitualmente. Adquirir los alimentos

para reproducir las condiciones de trabajo constituyó un problema cotidiano: 68.7 por ciento de los comestibles eran obtenidos por los propios pasantes, 18.7 los proporcionaba la comunidad y el resto de las comidas (12.6 por ciento) eran agenciadas por el equipo de salud, las instituciones de salud y por "otros".

Se dedujo que del 68.7 por ciento de los alimentos conseguidos por los estudiantes, el 58.8 por ciento eran preparados en el lugar para cocinar que existía dentro del cuarto de pasante, ubicado dentro del centro de salud, ya que este porcentaje mencionó contar con un sitio apropiado para tal actividad, en tanto que 72.5 por ciento afirmó contar con un lugar para conservar los alimentos.

La escasez en los alimentos redundó en la percepción que los pasantes tuvieron sobre la calidad en la alimentación, ya que 93.1 por ciento mencionó que ésta cambió a partir del inicio del servicio social, en tanto que 55.7 por ciento notó cambios en los hábitos alimenticios (Tabla 3).

3 "Propiedades de los alimentos", en: <http://propiedadesalimentos.jaimaalkauzar.es/cuantas-veces-se-debe-comer-al-dia.html> (consulta: 5 de marzo de 2011).

Tabla 3. Alimentación (n=262)

Preguntas	No		Sí	
	Núm	%	Núm	%
¿Consideras que la calidad de tu alimentación ha cambiado desde que iniciaste el servicio social?	18	6.9	244	93.1
¿Has notado cambios en tus hábitos alimenticios?	116	44.3	146	55.7
El cuarto del médico pasante cuenta con lugar para conservar alimentos	72	27.5	190	72.5
El cuarto del médico pasante cuenta con sitio para cocinar	108	41.2	154	58.8

Fuente: encuesta "La experiencia del pasante de la Facultad de Medicina en el Servicio Social. 2009-2010".

Tiempo libre

Los datos obtenidos muestran que un sector importante de pasantes quedó fuera de los lineamientos internacionales sobre el tiempo libre como un derecho del trabajador: a 34.4 por ciento no se le respetaron los días para descansar; en 12.6 por ciento de los casos no se acataron los periodos vacacionales que marca el reglamento del servicio social de la Facultad de Medicina de la UNAM, en tanto que 27.9 por ciento no pudo elegir libremente los periodos vacacionales.

Se encontraron pruebas de que existió poca armonía en la relación entre los médicos pasantes de servicio social y la comunidad

rural donde laboraron durante doce meses; estas diferencias restaron a los pasantes la posibilidad de acudir a lugares de esparcimiento e integración: 48.1 por ciento no compartió actividades extra laborales con el equipo de salud; 35.1 por ciento no asistió a eventos sociales que la comunidad realizó; 53.1 por ciento no generó lazos afectivos con algún integrante de la comunidad y uno de cada cuatro no estableció contacto estrecho con alguien de la comunidad. En general se halló que 42.7 por ciento no realizaron actividades recreativas durante el tiempo en el que laboraron en el servicio social, en tanto que 79.3 por ciento tuvo solamente entre cuatro y seis días de descanso al mes (Tabla 4).

Tabla 4. Tiempo libre (n=262)

Preguntas	No		Sí	
	Núm	%	Núm	%
¿Has establecido contacto estrecho con alguna familia de la comunidad?	67	25.6	195	74.4
¿Has generado lazos afectivos con alguien de tu comunidad?	139	53.1	123	46.9
¿Se respetan tus días de descanso?	90	34.4	172	65.6
¿Realizas alguna actividad recreativa durante tu tiempo libre?	112	42.7	150	57.3
¿Asistes a los eventos sociales de la localidad?	92	35.1	170	64.9
¿Compartes actividades extra laborales con el equipo de salud?	126	48.1	136	51.9
¿Se respetaron los periodos vacacionales que marca el reglamento del servicio social de la Facultad de Medicina?	33	12.6	229	87.4
¿Elegiste de manera libre tus periodos vacacionales?	73	27.9	189	72.1

Fuente: encuesta "La experiencia del pasante de la Facultad de Medicina en el Servicio Social. 2009-2010".

La atención médica en el centro de salud

La atención médica fue una actividad crucial porque les significó ingresar a la cultura de las organizaciones sanitarias al convertirse por un año en trabajadores de la SS y del IMSS, si bien no contaban con todos los derechos establecidos. Sin embargo, esta iniciación estuvo caracterizada por el férreo e irregular manejo de la información, ya que seis de cada diez estudiantes (59.6 por ciento) aceptaron haber sido incitados a modificar la información contenida en los reportes de salud que debían realizar periódicamente como parte de sus actividades asistenciales.

En otras palabras, el encuentro del médico pasante con el nuevo medio ambiente laboral representó un triple choque de culturas: la biomédica, adquirida por los estudiantes en los años previos al inicio del servicio; la organizacional, entendida como el conjunto de normas, hábitos y valores que practican los individuos de una institución y que hacen de ésta su forma de comportamiento; y la rural, definida por la pobreza, su énfasis en lo comunitario y una disímil cosmovisión del mundo.

El panorama del quehacer laboral obtenido a partir de los datos examinados no fue muy alentador ya que no propició ni la integración de los jóvenes pasantes a las comunidades donde pasaron un año completo, ni la participación plena con las instituciones sanitarias.

Los pasantes enfrentaron una nueva realidad laboral que se hizo confusa desde la llegada al centro de salud: mientras que su expectativa era que contarían con el apoyo decidido de los respectivos equipos de salud, sólo 44.7 por ciento de los pasantes recibieron explicaciones, por parte de los médicos,

acerca de las funciones que debían realizar; siete de cada diez afirmaron no haber contado con su apoyo de tiempo completo y para 30.5 por ciento de ellos los médicos no les tenían confianza para realizar su trabajo. La falta de comunicación y apoyo, además de la desconfianza, fue lo que caracterizó la relación entre los pasantes y los médicos de los centros de salud.

En lo que respecta a la relación laboral entre los pasantes y los pacientes que atendía el centro de salud, ésta tampoco resultó muy afortunada: 17.2 por ciento de los pasantes no pudo establecer desde un inicio el horario de consulta, mientras que 85.5 por ciento de los usuarios del centro, a juicio de los pasantes, no respetó el horario de atención. Casi todos los médicos pasantes del servicio social (98.1 por ciento) afirmaron que sí tenían posibilidades de referir a los enfermos graves a un segundo nivel de atención, aunque sólo 59.2 por ciento tenía los medios adecuados para trasportarlos.

El quehacer laboral (atención médica) estaba estrictamente unido al trabajo clínico: 33.6 por ciento mencionó haber realizado entre cinco y 20 consultas, 59.6 por ciento dijo hacer entre 21 y 40, y 6.8 por ciento afirmó haber efectuado entre 41 y 60 consultas cada día; 35.1 por ciento de los pasantes efectuó guardias nocturnas. Realizar muchas acciones preventivo-curativas sería lo esperado para un grupo de entusiastas pasantes en sus comunidades rurales; lo inaceptable fue el poco apoyo recibido por las instituciones de salud (SS e IMSS) y educativas (UNAM) para llevar a buen puerto este propósito: 75.2 por ciento percibió escaso respaldo de las instituciones estatales de salud y 68.3 por ciento observó insuficiente apoyo de la Universidad para el desempeño de su trabajo (Tabla 5).

Tabla 5. Atención médica (n=262)

Preguntas	No		Sí	
	Núm	%	Núm	%
¿Algún miembro del comité o el equipo de salud te explicaron tus funciones en el centro de salud a tu llegada?	117	44.7	145	55.3
¿Se estableció al inicio tu horario de otorgar consulta programada?	45	17.2	217	82.8
¿Los pacientes respetan el horario establecido de consulta programada?	224	85.5	38	14.5
¿Tienes la posibilidad de referir a los pacientes a un segundo nivel de atención?	5	1.9	257	98.1
¿Existen medios adecuados para trasladar pacientes que necesiten referirse a otra unidad médica?	155	59.2	107	40.8
¿Realizas guardias nocturnas en tu plaza de servicio social?	92	35.1	170	64.9
¿Se te ha incitado a modificar la información contenida en los reportes de salud?	149	56.9	113	43.1
¿Cuentas con equipo de salud de apoyo de tiempo completo?	199	76	63	24
¿Crees que el apoyo que recibes de la institución de salud estatal es suficiente para tu desempeño laboral?	197	75.2	65	24.8
¿Crees que el apoyo que recibes de la Universidad es suficiente para tu desempeño durante el servicio social?	179	68.3	83	31.7
¿Confías en el equipo de salud al realizar tu trabajo?	80	30.5	182	69.5

Fuente: encuesta "La experiencia del pasante de la Facultad de Medicina en el Servicio Social. 2009-2010".

Seguridad en la comunidad

La ausencia de seguridad fue patente: ni los 262 médicos que realizaron su servicio social ni los miles de mujeres y hombres que habitan en las comunidades rurales estuvieron al margen de la espiral de violencia y criminalidad que afectó al país durante 2009 (Tabla 6).

La inseguridad percibida por el grupo estudiado se agrupó en tres aspectos:

- a) *Como afectación en la persona del médico*: 37.4 por ciento de los pasantes no se sintió seguro en los poblados, rancherías, barrios y cabeceras municipales de los nueve estados donde trabajaron; uno de cada cuatro (26.7 por ciento) advirtió que su vida corrió peligro en algún momento. Inseguridad y peligro mortal conformaron la afectación.
- b) *Como intento y consumación de delitos sobre los pasantes*: 35.9 por ciento mencionó intentos de irrupción sin consentimiento en el centro de salud, y en 16.8 por ciento de los casos se logró este

propósito. Uno de cada diez pasantes señaló tentativa de acoso o abuso sexual. Les robaron objetos de valor a 18.7 por ciento de los mismos, en tanto que 1.5 por ciento dijo haber sido víctima de secuestro o intento del mismo. Habitar en un medio donde se cometen delitos constantemente afectó de tal forma a los estudiantes que uno de cada cuatro (23.3 por ciento) pensó en abandonar el servicio social por esta razón.

- c) *Como incapacidad institucional para brindar el mínimo de protección al grupo médico*: 71.8 por ciento expresó que las autoridades de las comunidades donde laboraron no supervisaron la seguridad de los médicos y a poco más de la mitad (55 por ciento) no se les indicó a su llegada a quién dirigirse en caso de enfrentar problemas de inseguridad dentro de la comunidad. Esto indica que las autoridades de las comunidades no se mostraron interesadas en salvaguardar la seguridad de

los practicantes, a pesar de que 66 por ciento de ellos eran mujeres jóvenes

que se enfrentaban solas a lugares percibidos como inseguros y peligrosos.

Tabla 6. Seguridad en la comunidad (n=262)

Preguntas	No		Sí	
	Núm	%	Núm	%
¿Te sientes seguro donde vives?	98	37.4	164	62.6
¿Existe supervisión constante de la seguridad por parte las autoridades de tu comunidad?	188	71.8	74	28.2
¿A tu llegada al servicio social se te indicó a quién dirigirte en caso de tener algún problema de seguridad dentro de tu comunidad?	144	55	118	45
¿Han intentado irrumpir dentro de la unidad de salud sin tu consentimiento?	168	64.1	94	35.9
¿Han logrado irrumpir dentro de la unidad de salud sin tu consentimiento?	218	83.2	44	16.8
¿Has sido víctima de intento de acoso o abuso sexual en el servicio social?	238	90.8	24	9.2
¿Has sido víctima de robo durante el servicio social?	213	81.3	49	18.7
¿Has sido víctima de secuestro o de intento del mismo durante el servicio social?	258	98.5	4	1.5
¿Has sentido que peligra tu vida durante el servicio social?	192	73.3	70	26.7
¿Has pensado renunciar al servicio social por falta de seguridad?	201	76.7	61	23.3

Fuente: encuesta “La experiencia del pasante de la Facultad de Medicina en el Servicio Social. 2009-2010”.

Las condiciones del centro de salud

Más de la mitad del grupo de pasantes que respondió la encuesta no compartió las actividades extra laborales con el equipo de salud, ni realizó actividades recreativas en el tiempo libre, ni asistió a eventos sociales de la localidad, es decir que los pasantes hicieron pocas visitas a las familias de la comunidad y se desplazaron poco de la puerta del centro de salud hacia afuera. Tuvieron una vida sedentaria y poco sociable.

El centro de salud y el “cuarto” del pasante se convirtieron en refugio y esfera de protección ante el escaso apoyo institucional y comunitario, la inseguridad circundante y la escasez de comida. Sin embargo, el inmueble donde pasaban muchas horas del día proporcionando atención médica a la población no era un paraíso: 13.7 por ciento reportó carecer de agua potable, 1.5 por ciento vivió sin electricidad y 30.2 por ciento refirió la ausencia de drenaje.

En lo que toca al “cuarto” donde se hospedaban se percibieron algunas irregularidades:

21.8 por ciento mencionó carecer de ventilación adecuada, 40.8 por ciento vivió sin suministro continuo de gas, 11.1 por ciento no contó con baño independiente con regadera, es decir, lo compartían con otras personas; 34 por ciento no tenía calentador para el agua y 7.6 por ciento se quejó de carecer de cama para dormir.

Dentro de este escenario de carencias e inseguridad, las posibilidades de comunicación con el mundo exterior fueron muy escasas: seis de cada diez no tenían teléfono y 72.5 por ciento carecieron de servicio para conectarse a Internet.

Con servicios públicos disminuidos en los centros de salud, con condiciones lastimosas dentro del cuarto del pasante, sólo 21.8 por ciento se dio el lujo de llevar sus propios libros de consulta para instruirse por cuenta propia en la preparación para el Examen Nacional de Residencias Médicas, o para consultar dudas y recordar procedimientos en la atención durante las consultas (Tabla 7).

Tabla 7. Condiciones del centro de salud (n=262)

Preguntas	No		Sí	
	Núm.	%	Núm.	%
Tu unidad médica cuenta con: agua potable	36	13.7	226	86.3
Tu unidad médica cuenta con: electricidad	4	1.5	258	98.5
Tu unidad médica cuenta con: drenaje	79	30.2	183	69.8
Tu unidad médica cuenta con: ventilación adecuada	57	21.8	205	78.2
Tu unidad médica cuenta con: suministro de gas continuo	107	40.8	155	59.2
El cuarto del médico pasante cuenta con: baño independiente con regadera	29	11.1	233	88.9
El cuarto del médico pasante cuenta con: calentador de agua	89	34	173	66
El cuarto del médico pasante cuenta con: cama	20	7.6	242	92.4
Tu unidad médica cuenta con: libros propios de consulta	205	78.2	57	21.8
Tu unidad médica cuenta con: teléfono	159	60.7	103	39.3
Tu unidad médica cuenta con: Internet	190	72.5	72	27.5

Fuente: encuesta “La experiencia del pasante de la Facultad de Medicina en el Servicio Social. 2009-2010”.

DISCUSIÓN

Los médicos pasantes del pregrado que realizan el servicio social no son trabajadores plenos de las instituciones de salud pública porque carecen de una relación contractual en la que se les asigne un salario de acuerdo a un tabulador, y en donde se plasmen los derechos y obligaciones establecidas por la legislación mexicana y por las “condiciones generales de trabajo”, sin embargo, su calidad de becarios no los exime de las obligaciones y responsabilidades que como médicos generales tienen en los centros de salud para proporcionar asistencia médica en el primer nivel de atención.

La actividad laboral que realizan durante su estancia en las comunidades rurales dispersas carece de los estándares adecuados en salud y seguridad en el trabajo como lo señalan las instancias internacionales respecto de: lo moral, en el sentido de que los pasantes perciben riesgos de sufrir accidentes en el trabajo derivados del poco apoyo y de las desconfianza hacia ellos por parte de los equipos de salud de las unidades médicas, así como escaso apoyo de las instituciones sanitarias (IMSS, SS) y de la educativa (UNAM); en cuanto al aspecto

económico, en el sentido de que la beca no les permite cubrir sus necesidades de mantenimiento en cuanto a alimentación, transporte y condiciones dignas durante el periodo de pasantía; y respecto de las legales, en el sentido de que los requerimientos mínimos como tener tiempo libre, actividades extralaborales, la elección de los periodos vacacionales y los días de descanso no se establecen plenamente.

La literatura menciona que el trabajo y sus condiciones presentan una estrecha relación con la salud, ya que las malas condiciones sociales y materiales de trabajo pueden afectar el bienestar de las personas de manera negativa (Parra, 2003); esto se conoce como “riesgo laboral”, y se define como los factores de riesgo psicosocial en el trabajo relacionados con aquellos aspectos de concepción, organización y gestión del trabajo, así como con el contexto social y ambiental que tienen la potencialidad de causar daño físico, psíquico o social a los trabajadores (Cox *et al.*, 2003; Cox y Griffiths, 1996; Cox *et al.*, 1993).

Existen varios factores de riesgo que intervienen para causar daños en la salud de los trabajadores en general, y de los pasantes médicos en particular. Se identificaron varios

para el ambiente laboral del grupo estudiado: en las condiciones generales e infraestructura del local de trabajo, se encontró escasa disponibilidad de instalaciones sanitarias (falta de agua potable en 13.7 por ciento de los casos; drenaje en 30.2 por ciento; ventilación adecuada en 21.8 por ciento; 40.8 por ciento en suministro continuo de gas en los centros de salud; carencia de teléfono en 60.7 por ciento de los casos y de Internet en 72.5 por ciento). En otras palabras, las condiciones físicas y materiales del centro de salud y del “cuarto” donde habitan los pasantes tampoco son las óptimas como lugar de trabajo, ni como espacio doméstico, ni como refugio.

En cuanto a las condiciones de seguridad se detectaron factores que terminaron por afectar al prestador del servicio: robo dentro de su área de trabajo (18.7 por ciento), tentativas de acoso o abuso sexual (9.2 por ciento), víctima de secuestro o de intento del mismo (1.5 por ciento); y como resultado de todo ello, 23.3 por ciento consideró la posibilidad de renunciar al servicio social por inseguridad y 26.7 por ciento por sentir que su vida corría peligro.

En cuanto a las cargas de trabajo respecto de la exigencia de cumplimiento de tareas, los pasantes encuentran problemas en establecer los horarios para otorgar la consulta programada (17.2 por ciento), ausencia de respeto a los horarios establecidos para la atención médica (85.5 por ciento), y carencia de los medios necesarios para transportar a los pacientes a segundo nivel de atención (59.2 por ciento).

En la organización del trabajo los factores negativos estuvieron relacionados con el poco apoyo de la institución sanitaria (75.2 por ciento) y educativa (68.3 por ciento) para el desempeño laboral, la exigua supervisión de la seguridad por las autoridades de la comunidad (71.8 por ciento), el irregular manejo de la información reportada, que obligó a los pasantes a modificarla (56.9 por ciento), y el

insignificante apoyo del equipo de salud (76 por ciento).

CONCLUSIONES

Las condiciones de trabajo de los pasantes para realizar servicio social exige una profunda revisión que incluya un nuevo pacto con todos los actores sociales implicados: autoridades educativas, instituciones sanitarias y judiciales, los tres niveles de gobierno (federal, estatal y municipal) y el nuevo personaje que develó la investigación: la familia del pasante; pero también implica la revisión minuciosa y expedita de las condiciones de trabajo en las que realizan actividades curativo-preventivas hacia las comunidades excluidas del desarrollo, porque los pasantes forman parte del personal médico en contacto directo con el paciente y anualmente brindan atención médica a dos de cada tres mexicanos, como se estableció en la Tabla 1.

Las condiciones en las que laboran los pasantes del servicio social del pregrado es una asignatura pendiente que se debe revisar y mejorar; han trascendido 75 años desde su fundación y aún presenta un modelo inacabado que finalmente termina por impactar la calidad de la atención a un sector vulnerable y desprotegido: campesinos e indígenas que habitan y sobreviven en comunidades pobres y dispersas.

El bagaje cultural de los pasantes, que fue la resultante de la acumulación de saberes biomédicos y de la interacción jerárquica con sus pares, no les favoreció en su adaptación al nuevo ambiente laboral, ni en la convivencia con la comunidad, ni en la integración a la localidad, ni a la consolidación del trabajo en equipo.

Asimismo, el contexto de violencia e inseguridad que prevaleció en el país durante 2009 afectó el diario acontecer del segmento de pasantes que participó en la encuesta.

REFERENCIAS

- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) (s/f), "Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales", en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm> (consulta: 3 de noviembre de 2011).
- Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) (1992), *Programa nacional académico del servicio social en medicina*, México, Universidad Autónoma del Estado de México.
- CANTERA, Leonor M., Genis Cervantes y Josep M. Blanch (2008), "Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios", *Revista del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*, núm. 29, pp. 49-58.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), "Declaración americana de los derechos y deberes del hombre", en: <http://www.cidh.oas.org/basicos/Basicos1.htm> (consulta: 3 de noviembre de 2011).
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* (CPEUM), Texto vigente con últimas reformas, en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf> (consulta: 14 de octubre de 2011).
- CORDERO, Luciano (2002), "El acoso moral u hostigamiento psicológico en el trabajo. Un problema laboral con incipiente respuesta jurídica", *Revista Española de Derecho del Trabajo*, núm. 110, pp. 231-249.
- CORTÉS, José María (2007), *Técnicas de prevención de riesgos laborales: seguridad e higiene del trabajo*, Madrid, Tébar, S.L.
- COX, Tom y Amanda Griffiths (1996), "Assessment of Psychological Hazards at Work", en M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst, y C.L. Cooper (eds.), *The Handbook of Work and Health Psychology*, Baffis Lane, John Wiley & Sons, Ltd, pp.127-146.
- COX, Tom, Gabriel Kuk y Frank Leiter (1993), "Burnout, Health, Work Stress and Organizational Healthiness", en W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (eds.), en *Professional Burnout: Recent developments in theory and research*, Washington DC, Taylor & Francis, pp. 95-121.
- Cox, Tom, Amanda Griffiths y Raymond Randall (2003), "A Risk Management Approach to the Prevention of Work Stress", en M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst y C.L. Cooper (eds.), *The Handbook of Work and Health Psychology*, Nueva York, John Wiley & Sons, Ltd, pp. 256-261.
- LÓPEZ, Joaquín (1998), "La descentralización de la Dirección General de Enseñanza en Salud", en J.R. de la Fuente (ed.), *La descentralización de los servicios de salud: una responsabilidad compartida*, México, Secretaría de Salud-Consejo Nacional de Salud, pp. 102-111.
- LÓPEZ, Joaquín y Tomás Real (2001), "Avances de la descentralización de servicios de salud en México, 1995-1999", en J.R. de la Fuente y J. López Bárcenas (comps.), *Federalismo y salud. Primeros alcances de la reforma de 1995*, México, UNAM/Diana, pp. 45-53.
- LÓPEZ, Joaquín, Marcela González de Cossio y Mónica Velasco (2004), "Servicio social de medicina en México. Factibilidad del cumplimiento académico en el área rural", *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, vol. 47, núm. 5, pp. 181-186.
- MAGNUS, Stephen A. y Stephen S. Mick (2000), "Medical Schools, Affirmative Action, and the Neglected Role of Social Class", *American Journal of Public Health*, vol. 90, núm. 8, pp. 1197-1201.
- MELIÁ, José Luis (2008), "Orientaciones para la evaluación de los riesgos psicosociales", *Prevention World Magazine*, núm. 21, pp. 44-53.
- MIRANDA, Guillermo (2006), "Tiempo libre y ocio reivindicado por los trabajadores", *Revista de Turismo y Patrimonio Cultural*, vol. 4, núm. 3, pp. 301-326.
- Organización de las Naciones Unidas (s/f), "Declaración Universal de los Derechos del Hombre", en <http://www.un.org/es/documents/udhr> (consulta: 3 de noviembre de 2010).
- PARRA, Manuel (2003), *Conceptos básicos en salud laboral*, Santiago, Oficina Internacional del Trabajo, en <http://www.oit Chile.cl/pdf/publicaciones/ser/ser009.pdf> (consulta: 24 de agosto de 2011).
- RAMÍREZ, Marino (2008), "Expectativas profesionales de internos de medicina y su inclinación por la atención primaria de salud", *Anales de la Facultad de Medicina*, vol. 69, núm. 3, pp. 171-81.
- "Reglamento para la prestación del servicio social de los estudiantes de las instituciones de educación superior en la República Mexicana", *Diario Oficial de la Federación*, 30 de marzo de 1981.
- SANTOS, Hernando (2000), "La flexibilización y las condiciones generales de trabajo", *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, en: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/rev/boletin/cont/94/art/art6.htm> (consulta: 10 de agosto de 2011).

- Secretaría de Educación Pública (1991a), *Legislación en materia de profesiones. Ley reglamentaria relativa al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal*, México, SEP.
- Secretaría de Educación Pública (1991b), *Legislación en materia de profesiones. Ley reglamentaria del Art. 5º Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal*, México, SEP.
- Secretaría de Salud (1995), *Modelo de atención a la salud de la población abierta*, México, SS.
- Secretaría de Salud (1997), *Programa de reforma del sector. 1996-2000*, México, SS.
- “Servicio social de pasantes y profesionales” (1995), *Ley General de Salud (LGS)*, México, Porrúa, en: <http://mexico.justia.com/federales/leyes/ley-general-de-salud/titulo-cuarto/capitulo-ii/> (consulta: 16 de octubre de 2011).
- SMYTH, Jim, Morith Sofer, Anna Hurewit y Arnold Kliment (1999), “Daily Psychosocial Factors Predict Levels and Diurnal Cycles of Asthma And Peak Low”, *Journal of Behavioral Medicine*, vol. 22, núm. 2, pp. 179-193.
- Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Medicina (2010), *Instructivo examen profesional 2010*, México, UNAM, en: <http://www.facmed.unam.mx/sem/de/pdfs/instructivoEP2k10.pdf> (consulta: 25 de noviembre de 2009).
- VÁZQUEZ, Francisco Domingo (2010), “Competencias profesionales de los pasantes de enfermería, medicina y odontología en servicio social en México”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 28, núm. 4, pp. 298-304.