

**“EVALUACIÓN EXTERNA DE LOS CENTROS DE SALUD
ATENDIDOS POR PASANTES DE MEDICINA EN
SERVICIO SOCIAL”
INFORME FINAL DE RESULTADOS**

23 DE NOVIEMBRE DE 2012

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	4
1. OBJETIVOS.....	5
1.1. GENERAL.....	5
1.2. ESPECÍFICOS.....	5
2. METODOLOGÍA.....	5
2.1. POBLACIONES OBJETO DE ESTUDIO.....	5
2.2. TÉCNICAS DE LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN.....	6
2.3. SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	6
2.4. ESTRATEGIA DEL LEVANTAMIENTO.....	7
2.5. INSTRUMENTOS DE CAPTACIÓN DE INFORMACIÓN.....	9
2.6. CAPACITACIÓN DE ENTREVISTADORES(AS).....	9
2.7. TRABAJO DE CAMPO.....	9
2.8. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	10
3. RESULTADOS.....	11
3.1. CALIDAD DE LA ATENCIÓN.....	12
3.1.1. EXPEDIENTES DE PACIENTES CON DIABETES.....	12
3.1.2. EXPEDIENTES DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA.....	17
3.1.3. EXPEDIENTES DE PACIENTES DE ATENCIÓN PRENATAL.....	21
3.1.4. CALIDAD DE LA ATENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS USUARIOS.....	23
3.2. ESQUEMA DE CAPACITACIÓN Y SUPERVISIÓN DEL MÉDICO PASANTE.....	25
3.3. SITUACIÓN DEL MÉDICO PASANTE EN RELACIÓN CON SU DESARROLLO PROFESIONAL.....	27
3.3.1. PERFIL DE LOS MÉDICOS PASANTES.....	27
3.3.2. HABILIDADES EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO.....	29
3.3.3. ACTIVIDADES DENTRO DE LA CARGA DE TRABAJO.....	30
3.3.4. OPINIÓN DE LOS COORDINADORES EN LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD Y RESPONSABLES DEL SERVICIO SOCIAL EN MEDICINA EN LAS UNIVERSIDADES SOBRE EL DESARROLLO PROFESIONAL DE LOS PASANTES.....	31
3.4. SITUACIÓN DEL MÉDICO PASANTE EN RELACIÓN CON SU LUGAR DE TRABAJO.....	34
3.4.1. OPINIÓN DE LOS PASANTES SOBRE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO.....	34
3.4.2. SITUACIÓN DEL ABASTO DE MEDICAMENTOS.....	35
3.4.3. EQUIPAMIENTO.....	38
3.4.4. OPINIÓN SOBRE LA SITUACIÓN DE SEGURIDAD EN LOS CENTROS DE SALUD.....	39

3.4.5. SUGERENCIAS DE MEJORAS AL SERVICIO SOCIAL EN MEDICINA	40
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	41
4.1. CONCLUSIONES.....	41
4.2. RECOMENDACIONES.....	44
BIBLIOGRAFÍA.....	47
ANEXO 1. MUESTRA FINAL DE LAS UNIDADES VISITADAS	
ANEXO 2. LISTA DE MEDICAMENTOS MÍNIMOS INDISPENSABLES	

INTRODUCCIÓN

En nuestro país el servicio social en medicina se ha orientado hacia dos componentes fundamentales, uno académico y el otro asistencial. Desde los años noventa, época en que se instrumentaron las recomendaciones de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), se esperaba que el año de duración del servicio social se enfocara a la vinculación de la clínica con la práctica de la Salud Pública, y que fortaleciera no sólo la aplicación de conocimientos previos sino el desarrollo de competencias para un ejercicio médico integral. Sin embargo, durante estos años han ocurrido cambios sustanciales derivados sobre todo de la descentralización de los servicios de salud; por ello, es importante evaluar si esos cambios en el entorno han incidido sobre la labor de los pasantes de medicina, tanto en la ganancia académica que obtienen del servicio social como en los alcances de su trabajo asistencial.

Es en este sentido la Secretaría de Salud (SS), a través de la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED), se propuso llevar a cabo la evaluación de los centros de salud atendidos por pasantes de medicina en servicio social bajo un esquema comparativo, a fin de verificar si existen diferencias entre aquellos centros donde el responsable de la unidad es un médico titulado y donde es el propio pasante.

La evaluación se conformó por un estudio de campo en 10 entidades del país con una alta proporción de médicos pasantes, a saber: Coahuila, Colima, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Morelos, Nayarit, Querétaro, Yucatán y Zacatecas. Estos estados fueron seleccionados aleatoriamente del conjunto de entidades con mayor proporción de unidades de salud atendidas por pasantes.

A partir de las unidades de observación, que fueron los centros de salud de los Servicios de Salud de los Gobiernos Estatales, se incorporaron al análisis distintas poblaciones de estudio: expedientes clínicos de tres rastreadores seleccionados para el efecto (diabetes, hipertensión y atención prenatal), equipamiento, medicamentos, población usuaria y los propios médicos pasantes.

Una segunda vertiente fue la modalidad cualitativa del estudio, con entrevistas semi-estructuradas a coordinadores de los pasantes en los servicios de salud de los estados visitados y a responsables del servicio social en las diez principales instituciones educativas del país. La población objetivo adicional de esta vertiente cualitativa fueron médicos pasantes seleccionados de algunos centros de salud, para conocer más a fondo su opinión y experiencia en el servicio social.

Además de detallar los objetivos del estudio y la metodología para el desarrollo del mismo, en las siguientes páginas se presentan los principales hallazgos organizados en cuatro temáticas principales: 1) la calidad de la atención; 2) el esquema de capacitación y supervisión del médico pasante; 3) la situación del médico pasante en relación con su desarrollo profesional y 4) la situación del médico pasante en relación con su lugar de trabajo. Por último se expresan algunas conclusiones y recomendaciones.

1. OBJETIVOS

1.1. GENERAL

Valorar, bajo un esquema comparativo, el desempeño de los centros de salud atendidos exclusivamente por pasantes de medicina.

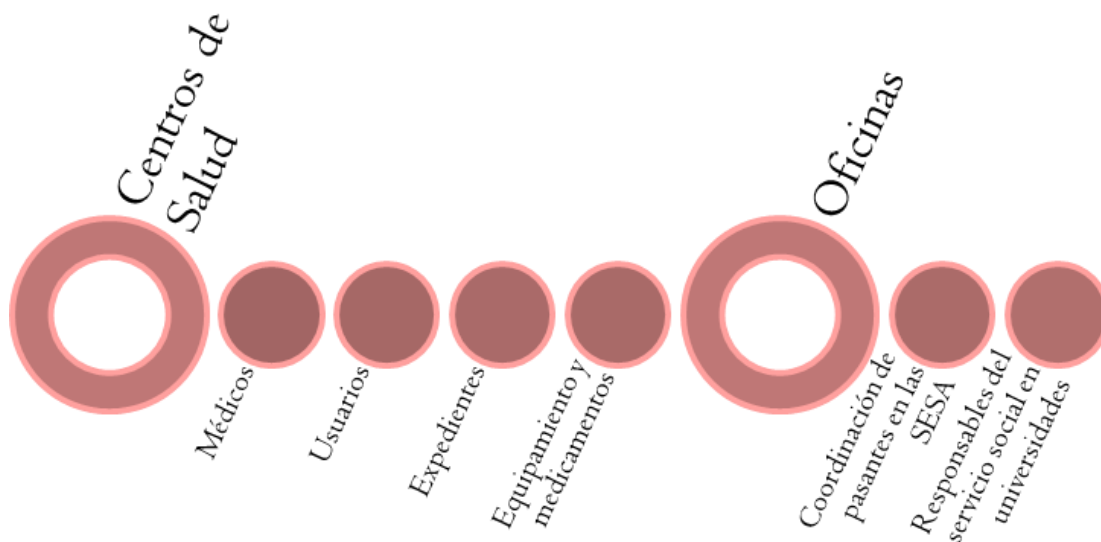
1.2. ESPECÍFICOS

- Establecer si la calidad de los servicios médicos en los centros de salud atendidos exclusivamente por pasantes es diferente de la que se brinda en centros de salud que cuentan con médico titulado.
- Caracterizar los esquemas de capacitación y supervisión que se ponen en práctica en los centros de salud atendidos exclusivamente por pasantes para identificar áreas de oportunidad.
- Establecer si el abasto de insumos y equipamiento en los centros de salud atendidos exclusivamente por pasantes es adecuado para el desempeño de sus funciones.
- Identificar las principales áreas de oportunidad para mejorar el desempeño de los centros de salud atendidos exclusivamente por pasantes.

2. METODOLOGÍA

2.1. POBLACIONES OBJETO DE ESTUDIO

Una vertiente del levantamiento se desarrolló en los centros de salud y una segunda vertiente en las oficinas de los funcionarios coordinadores o responsables del servicio social en medicina. En cada vertiente, se instrumentaron técnicas de levantamiento acordes a los objetivos del estudio y a las características de la información y de la población objeto de estudio, según se muestra en la siguiente gráfica.



2.2. TÉCNICAS DE LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN

En la ejecución del estudio se emplearon tres metodologías:

- **Investigación documental:**

Técnicas de revisión de expedientes clínicos de tres rastreadores seleccionados para el efecto – diabetes tipo 2, hipertensión arterial sistémica y atención prenatal- y de cotejo de equipamiento y medicamentos.

- **Investigación cuantitativa:**

Aplicación de cuestionarios a usuarios y a pasantes de medicina; en este último también se caracterizan las condiciones de la unidad de salud.

- **Investigación cualitativa:**

Realización de entrevistas semi-estructuradas a los coordinadores de los pasantes en los servicios estatales, a los responsables del servicio social de las facultades y escuelas de medicina más importantes del país, así como a pasantes responsables de los centros de salud, como más adelante se describe.



2.3. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La variable utilizada como indicador central para estimar el tamaño de muestra fue el número de expedientes a revisar. Como más adelante se menciona, se estimó que se debería revisar un total de 2,700 expedientes (aproximadamente 900 de cada rastreador clínico). A partir de ese total, se estimó conveniente revisar en promedio diez expedientes de cada rastreador por unidad médica; es decir, 30 expedientes en total, por lo cual se requeriría seleccionar 90 unidades de salud. A partir de esos criterios, el procedimiento de selección fue el siguiente:

- Para obtener una adecuada dispersión de la muestra (y con ello mayor eficiencia estadística), se seleccionaron 10 entidades federativas mediante muestreo con probabilidad proporcional al tamaño entre las 21 entidades que cuentan con más de 25% de sus centros de salud atendidos exclusivamente por pasantes.
- Posteriormente, dentro de las 10 entidades, se seleccionaron 90 centros de salud distribuidos uniformemente, nueve por entidad (6 atendidos exclusivamente por pasantes y 3 con médico de base como responsable de la unidad) (véase cuadro 2.3.1.)
- Por último –como ya se mencionó-, para contar con una muestra que permitiera realizar inferencias con un nivel de precisión y confianza estadísticas adecuadas, se determinó revisar 10 expedientes en promedio de cada uno de los tres rastreadores (diabetes tipo 2, hipertensión arterial sistémica y atención prenatal) en cada unidad de salud. De este modo, se esperaba una muestra de 2,700 expedientes (véase cuadro 2.3.2.)

Asimismo, para el estudio cuantitativo en cada centro se entrevistó a cinco usuarios, para obtener una muestra de 450 usuarios, así como al médico pasante asignado -para una muestra de 90 pasantes (véase cuadro 2.3.2.).

Cuadro 2.3.1. Número de municipios y centros de salud seleccionados por entidad federativa.

Entidad	Municipios seleccionados por entidad	Centros de Salud seleccionados por entidad	Centros de salud con pasantes y sin médico	Centros de salud con pasantes y con médico
Coahuila	4	9	6	3
Colima	3	9	6	3
Guanajuato	3	9	6	3
Hidalgo	3	9	6	3
Jalisco	3	9	6	3
Morelos	3	9	6	3
Nayarit	3	9	6	3
Querétaro	3	9	6	3
Yucatán	3	9	6	3
Zacatecas	3	9	6	3
Total	31	90	60	30

2.4. ESTRATEGIA DEL LEVANTAMIENTO

Centros de Salud

En los centros de salud, el levantamiento consistió en la revisión de expedientes, el cotejo de equipamiento y medicamentos, así como las entrevistas a los usuarios y pasantes.

Con el fin de valorar los procedimientos clínicos y los resultados de la atención en cada unidad de salud, se revisaron 10 expedientes de cada uno de tres rastreadores clínicos seleccionados (diabetes tipo 2, hipertensión arterial sistémica y control prenatal). Adicionalmente se cotejaron listas de medicamentos y

equipamiento existentes en la unidad, se levantaron 5 entrevistas a usuarios y se entrevistó al pasante de medicina asignado al centro de salud.

Cuadro 2.3.2. Muestra esperada según poblaciones de estudio

Centros de salud	90 (9 por entidad)
Expedientes clínicos	2,700 <ul style="list-style-type: none"> ○ 900 Diabetes tipo 2 ○ 900 Hipertensión arterial sistémica ○ 900 Atención prenatal
Médicos pasantes (cuantitativo)	90 <ul style="list-style-type: none"> ○ 60 pasantes en unidades atendidas exclusivamente por ellos ○ 30 pasantes donde hay apoyo de médicos de base
Usuarios	450 (5 por unidad médica)
Médicos pasantes (cualitativo)	20 (2 por entidad)
Funcionarios (cualitativo)	20 <ul style="list-style-type: none"> ○ 10 coordinadores en los servicios estatales de salud (en entidades visitadas) ○ 10 responsables de pasantes en universidades

Oficinas

El trabajo en oficinas se centró en el levantamiento de entrevistas semi-estructuradas, como parte del estudio cualitativo. Las entrevistas se realizaron, por una parte, a los funcionarios de los servicios estatales de salud que fungían como coordinadores de los pasantes de medicina en cada entidad que se visitó (en total diez entrevistas) y, por otra parte, a los responsables del servicio social en las principales instituciones educativas de donde egresan (diez entrevistas más).

La lista de las escuelas de medicina visitadas, previa validación de los responsables del proyecto en la SS, se conformó de la siguiente manera:

- Facultad de Medicina: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Facultad de Medicina: Universidad La Salle.
- Facultad de Medicina: Universidad Anáhuac.
- Escuela Superior de Medicina: Instituto Politécnico Nacional.
- División de Ciencias Biológicas y de la Salud: Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco.
- Facultad de Medicina: Universidad Autónoma de Morelos.
- Facultad de Medicina: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Facultad de Medicina: Universidad Autónoma de San Luis Potosí.
- Facultad de Medicina: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Facultad de Medicina: Universidad Autónoma de Querétaro.

Con el apoyo de la SS se concertaron las citas para aplicar a los entrevistados una guía de tópicos que permitiera recopilar información sobre la visión institucional y experiencia en el campo del servicio social en medicina. Todas las entrevistas fueron grabadas y son parte de los anexos del presente informe.

Para tener una perspectiva desde el punto de vista de los actores clave en el estudio, también se realizaron entrevistas semi-estructuradas a 20 pasantes de medicina seleccionados de las unidades médicas visitadas (2 por estado).

2.5. INSTRUMENTOS DE CAPTACIÓN DE INFORMACIÓN

Los instrumentos de captación de información que se emplearon tanto en el centro de salud como en las entrevistas a funcionarios, fueron discutidos y validados con los responsables del proyecto en la SS:

Cuadro 2.5.1. Instrumentos de captación de la información.

Investigación documental	Investigación cuantitativa	Investigación cualitativa
<ul style="list-style-type: none"> • Lista de cotejo de 216 medicamentos • Lista de cotejo de 106 elementos de equipamiento y condiciones de la unidad • Formatos de revisión de expedientes con 192 reactivos: <ul style="list-style-type: none"> ○ 62 Hipertensión arterial ○ 68 Diabetes mellitus ○ 62 Atención prenatal 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de pasantes con 21 reactivos • Cuestionario de usuarios con 31 reactivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Guía de tópicos para funcionarios (17 preguntas): <ul style="list-style-type: none"> ○ Coordinadores de los pasantes en los Servicios Estatales de Salud ○ Responsables del Servicio Social en universidades • Guía de tópicos para pasantes con 17 preguntas

2.6. CAPACITACIÓN DE ENTREVISTADORES(AS)

Para el reclutamiento se estableció una estrategia de selección en las entidades en muestra en donde los responsables de campo hicieron una búsqueda en las escuelas de enfermería y en las bolsas de trabajo locales de profesionales en las carreras de medicina o enfermería que contaran con experiencia en el manejo de expedientes.

Posteriormente, la capacitación del personal que participó en el levantamiento de la información se desarrolló en dos momentos: el 10 de septiembre se capacitó a la mitad del personal, en el Distrito Federal, y el 12 de septiembre se capacitó al personal faltante en Guadalajara, Jalisco.

La descripción a detalle del proceso de capacitación se presentó en el informe correspondiente de fecha 28 de septiembre, como parte de los documentos definidos como entregables a lo largo del estudio.

2.7. TRABAJO DE CAMPO

Para el operativo de visitas a los centros de salud se conformaron 10 equipos de trabajo, uno por entidad. Los equipos estuvieron compuestos por un jefe de brigada y un asistente. El equipo de trabajo fue responsable de verificar que los centros de salud estuvieran advertidos por la Secretaría de Salud de la visita, del objeto y mecánica del estudio, así como de reportar oportunamente a la coordinación central cualquier inconsistencia con las características de las unidades en muestra según información disponible. Esta última función significó una tarea fundamental en el proceso de captación de la información, ya que se encontraron diferencias en la estructura real de las unidades respecto de lo disponible en el marco muestral, según se anota más adelante.

El periodo de levantamiento de la información se realizó del 19 de septiembre al 12 de octubre de 2012. Según las rutas de trabajo por equipo, se visitaron en promedio tres unidades médicas por semana.

El personal integrante del equipo con perfil médico fue el encargado de la revisión de expedientes clínicos, mientras que los jefes de brigada realizaron las funciones de entrevistar a usuarios y médicos pasantes, así como de aplicar las listas de cotejo de medicamentos y equipamiento, además de supervisar y coordinar los equipos.

Resultados del trabajo de campo

Durante el proceso de levantamiento de la información fue necesario actualizar una parte del marco muestral de unidades médicas. En particular, se encontró que algunas de las unidades que habían sido seleccionadas, y que de acuerdo con los registros de la SS eran atendidas exclusivamente por pasantes, al momento del levantamiento ya no lo eran (estaban a cargo de un médico titulado). En acuerdo con el personal de la DGED, y con información proporcionada por las jurisdicciones sanitarias, se realizó una nueva selección en los casos en que fue posible. Sólo en cuatro de esos casos ya no se realizó una nueva selección, debido a que se consideró que ello podría introducir algún sesgo. De esta manera, la muestra de unidades se mantuvo en el total previsto de 90, pero se visitaron 56 atendidas exclusivamente por pasante (en lugar de 60) y 34 en donde hay pasante pero el responsable es un médico de base titulado (en lugar de 30). Es muy importante señalar que esta ligera modificación no tiene ningún impacto en el nivel de confianza estadística de la muestra en relación con el planteamiento original.

Asimismo, en la revisión de expedientes clínicos para el rastreador de Atención Prenatal se estableció el criterio de que la paciente contara con al menos 29 semanas de gestación. Sin embargo, durante el trabajo de campo se encontró que en varias unidades pequeñas no existía el número mínimo previsto de 10 expedientes de atención prenatal que cumplieran con este criterio. En las unidades en donde fue posible, esta muestra de 10 expedientes se incrementó ligeramente para, en conjunto, tratar de obtener el tamaño total de muestra esperada; no obstante, se estableció un límite para realizar esta compensación (para no obtener una muestra sesgada hacia las unidades más grandes), por lo cual el total de expedientes revisados de este rastreador fue de 740 en lugar de los 900 previstos. En cuanto a los otros dos rastreadores, durante el trabajo de campo se estuvieron revisando aproximadamente un diez por ciento más de expedientes con respecto al número originalmente planteado para cada unidad, como previsión de que pudiera ocurrir algo similar al caso de atención prenatal; como en estos casos no ocurrió, el total de expedientes revisados de diabetes tipo 2 fue de 997 y el de hipertensión arterial sistémica de 999. En total, se revisaron entonces 2,736 expedientes (en lugar de 2,700), como se muestra en el cuadro 2.7.1. También debe aquí señalarse que estas ligeras desviaciones con respecto a los tamaños de muestra originalmente previstos no tienen ninguna repercusión significativa en los niveles de precisión y confianza estadísticas.

2.8. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La información recabada en el componente cuantitativo del estudio (encuesta e investigación documental) fue capturada durante el propio operativo de campo. Posteriormente, en la oficina central se codificaron las preguntas abiertas y la información fue sometida a un proceso de crítica y validación, con lo cual se integró la base de datos final.

Con apoyo del paquete estadístico SPSS, se generaron frecuencias simples de todas las variables incluidas en los instrumentos de captación de información (listas de cotejo de medicamentos y equipo, formatos de revisión de expedientes y cuestionarios para pasantes y usuarios), separando la información correspondiente a las unidades de salud atendidas exclusivamente por pasantes y a las que cuentan además con un médico de base. A partir de un primer análisis de estos tabulados, se construyeron indicadores sintéticos que permitieran identificar y mostrar los hallazgos relacionados con los objetivos del estudio de una manera ilustrativa. En el presente informe se incluyen dichos indicadores y también algunas frecuencias simples que permiten visualizar las diferencias y similitudes entre los dos tipos de centros de salud.

En cuanto al componente cualitativo, la información fue registrada de dos maneras: por una parte, en las propias guías de tópicos (para pasantes, coordinadores de pasantes en los SESA y responsables de servicio social en las universidades) los entrevistadores anotaron los puntos que consideraron como más relevantes durante las entrevistas; por otra parte, todas las entrevistas fueron grabadas íntegramente (siempre con el consentimiento de los entrevistados) y posteriormente transcritas.

El análisis de esta información se realizó en dos etapas: i) de las anotaciones registradas en las guías de tópicos se elaboraron reportes sintéticos por tipo de personal entrevistado (reportes “flash”); y ii) de las transcripciones se realizó una síntesis de la información considerando, por una parte, los tres tipos de personal y, por otra, los cuatro objetivos específicos del estudio. Los principales hallazgos de este componente fueron analizados en términos comparativos con los rubros correspondientes del componente cuantitativo. En el presente informe, la información de ambos componentes se presenta intercalada en cada uno de los apartados temáticos, con algunas excepciones en las que se consideró ilustrativo mostrarlas de manera separada.

Cuadro 2.7.1. Muestra obtenida según poblaciones de estudio

Centros de salud	90 (9 por entidad)
Expedientes clínicos	2,736 <ul style="list-style-type: none"> ○ 997 Diabetes tipo 2 ○ 999 Hipertensión arterial sistémica ○ 740 Atención prenatal
Médicos pasantes (cuantitativo)	90 <ul style="list-style-type: none"> ○ 56 pasantes en unidades atendidas exclusivamente por ellos ○ 34 pasantes donde hay apoyo de médicos de base
Usuarios	450 (5 por unidad médica)
Médicos pasantes (cualitativo)	20 (2 por entidad)
Funcionarios (cualitativo)	20 <ul style="list-style-type: none"> ○ 10 coordinadores en los servicios estatales de salud (en entidades visitadas) ○ 10 responsables de pasantes en universidades

3. RESULTADOS

En el apartado 3.3.1. se presenta el perfil de los médicos pasantes. De cualquier modo, es conveniente mencionar aquí que su promedio de edad se encuentra entre los 24 y los 25 años; es de 24.7 en las unidades en las que el responsable es un médico de base y de 24.0 donde solo hay pasante. Por otra parte, un poco más de la mitad son mujeres; la proporción es más alta donde el responsable es un médico de base (58.8 por ciento son mujeres) que en las unidades atendidas exclusivamente por pasantes, donde es de 53.6 por ciento.

3.1. CALIDAD DE LA ATENCIÓN

La calidad de la atención involucra múltiples dimensiones y su medición se puede realizar con diferentes aproximaciones. Para este estudio, se decidió recurrir a la revisión de expedientes relacionados con tres rastreadores clínicos cuya atención está lo suficientemente estandarizada y se cuenta con una serie de criterios mínimos que se deben considerar.

Algunas de las características de los rastreadores es que deben tener una clara definición y delimitación operativa: deben ser de diagnóstico sencillo y ser suficientemente frecuentes para permitir su medición, entre otras.

Para esta evaluación se seleccionaron, como anteriormente se señaló, tres causas frecuentes de consultas: la Diabetes tipo 2 (DM2), la Hipertensión Arterial Sistémica (HTA) y el Control Prenatal (CP), y para cada una de ellas una muestra de expedientes a revisar (véase cuadro 2.7.1). En cada uno de estos expedientes se buscaron evidencias seleccionadas acerca del cumplimiento de los aspectos normativos de la atención y datos del control metabólico o del registro de complicaciones. En cada uno de los siguientes apartados se detallan los resultados relevantes de las variables que se revisaron en los expedientes. Asimismo, para contar con la perspectiva de los usuarios sobre la calidad de la atención, en el último apartado de esta sección se presentan los datos obtenidos al respecto.

3.1.1. EXPEDIENTES DE PACIENTES CON DIABETES

Se obtuvo información de 997 expedientes clínicos de pacientes con diabetes tipo 2, de los cuales el 28.6 por ciento correspondieron a hombres y 71.4 por ciento a mujeres. En las unidades de salud atendidas por pasantes la proporción de mujeres fue menor que la registrada en las de médicos de base, con 69.4 por ciento y 74.9 por ciento respectivamente (véase gráfica 3.1.1.1). La distribución por edad no registró diferencias entre las unidades que fueron atendidas exclusivamente por pasantes y aquellos en los que había médicos pasantes acompañados por médico de base.

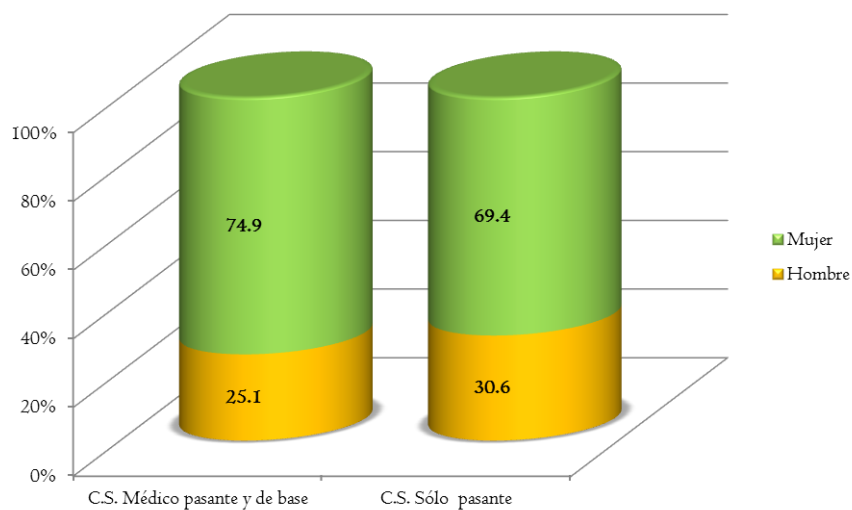
El promedio de consultas que recibieron los pacientes con menos de un año de diagnóstico fue de alrededor de 5, siendo muy similar en los dos tipos de centros de salud estudiados. Esto se presentó de igual forma en los pacientes con más de un año de diagnóstico, donde el promedio fue de 7 consultas.

En cuanto a la integración del expediente clínico del paciente, se puede observar que las diferencias más notables se encuentran en la hoja frontal, las hojas de referencia y contra referencia y la hoja de seguimiento del Grupo Ayuda Mutua. Tanto en la hoja frontal como en la de seguimiento del Grupo de Ayuda Mutua, en las unidades de salud con sólo pasante se registró una mayor integración de éstas en el

expediente clínico, no así para las hojas de referencia y contra referencia, donde hubo una mayor frecuencia en aquellos centros de salud que estaban a cargo de médicos de base (véase gráfica 3.1.1.2).

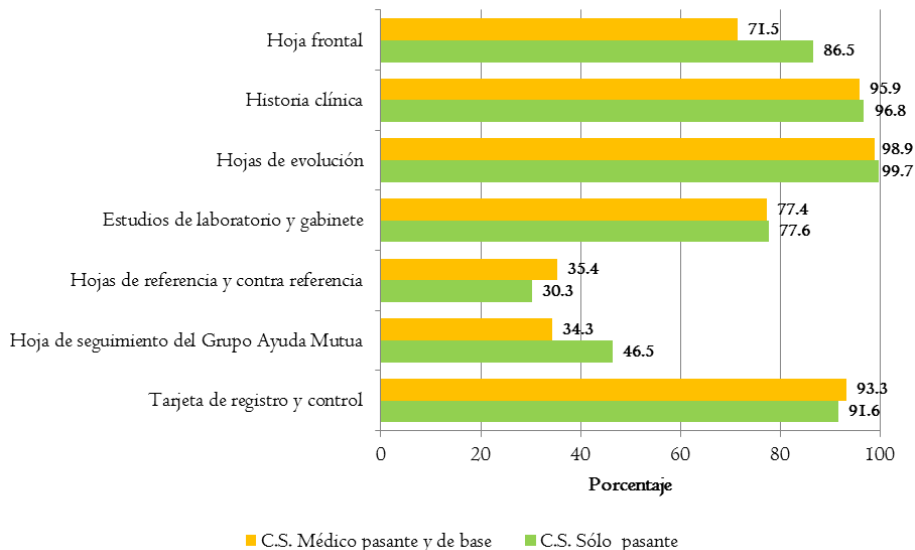
En lo que respecta al registro de antecedentes personales patológicos y no patológicos del paciente en la historia clínica, se puede observar que es bastante reducida dicha información. A pesar de esto, en lo que concierne a que si el paciente posee un estilo de vida sedentario, esta variable fue la más registrada, con 26.0 por ciento, siendo este registro más alto en donde los médicos pasantes son los responsables de los centros de salud con 28.4 por ciento, en tanto que en la de centros con médico de base fue de 21.9 por ciento. Dicha tendencia se presentó de igual forma cuando se hace referencia a si el paciente fuma (véase gráfica 3.1.1.3).

Gráfica 3.1.1.1. Distribución porcentual de los pacientes con diabetes, según sexo y situación del centro de salud, 2012. (n=997).



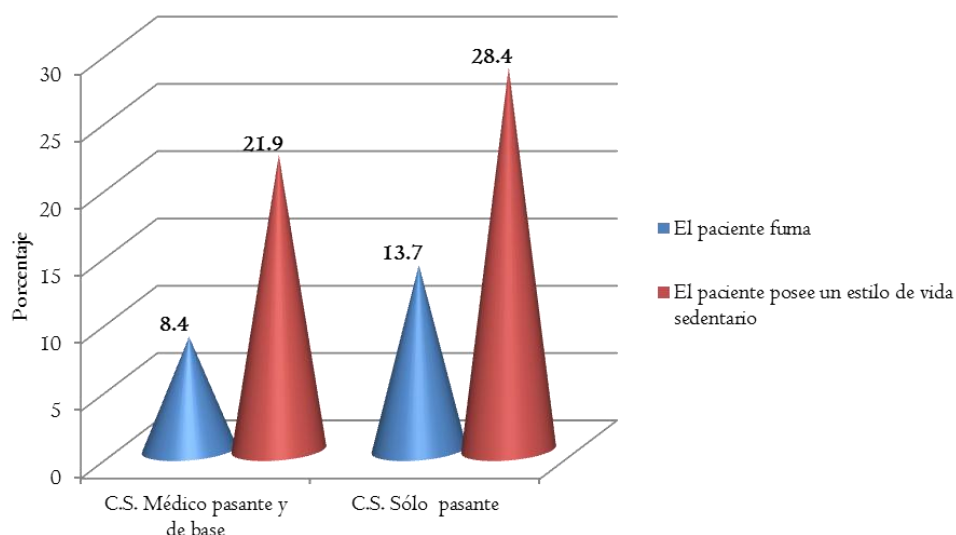
Fuente: Base de datos de la cédula de verificación para pacientes con diabetes, 2012.

Gráfica 3.1.1.2. Porcentaje de pacientes con diabetes, según los elementos que integran el expediente clínico, por situación del centro de salud, 2012. (n=997).



Fuente: Base de datos de la cédula de verificación para pacientes con diabetes, 2012.

Gráfica 3.1.1.3. Porcentaje de pacientes con diabetes, según los antecedentes personales patológicos y no patológicos que se registran en la historia clínica, por situación del centro de salud, 2012. (n=997).



Fuente: Base de datos de la cédula de verificación para pacientes con diabetes, 2012.

En cuanto al registro del seguimiento de signos como la urea o nitrógeno ureico, creatinina sérica, colesterol total en sangre, HDL, LDL y triglicéridos en la sangre, si bien se obtuvieron proporciones muy inferiores con respecto a las anteriormente mencionadas, vale la pena destacar que en todos los casos en los centros de salud donde hay médico de base hubo un mayor registro de éstos (véase cuadro 3.1.1.1).

Cuadro 3.1.1.1. Porcentaje de pacientes con diabetes, según el registro en el expediente del seguimiento médico en la consulta más reciente, por situación del centro de salud, 2012. (n=997).

Seguimiento médico	C.S. Médico pasante y de base	C.S. Sólo pasante
Presión arterial (PA) (mm de Hg)	99.5	99.2
Peso (kg)	98.4	99.7
Hemoglobina glucosilada (hb1Ac) (mg/dl)	14.6	11.3
Índice de masa corporal (IMC)	85.1	77.2
Glucemia en ayuno (mg/dl)	80.0	70.5
Urea o nitrógeno ureico (mg/dl)	22.4	6.1
Creatinina sérica (mg/dl)	23.2	6.9
Colesterol total en sangre (mg/dl)	25.9	11.2
HDL (mg/dl)	6.2	3.7
LDL (mg/dl)	5.9	3.7
Triglicéridos en la sangre (mg/dl)	24.9	10.7

Fuente: Base de datos de la cédula de verificación para pacientes con diabetes, 2012.

Nota: Se destacan con **negritas** los casos en que las diferencias son más amplias y con significancia estadística (significancia asintótica -bilateral- menor a .05 en una prueba de Chi-cuadrada de Pearson). Asimismo, en todos los cuadros se somborean con verde los casos en que las cifras son más altas en los centros de salud que cuentan con médico de base además del pasante y, con azul, las que son mayores en los centros atendidos exclusivamente por pasantes.

En casi la totalidad de los expedientes de los pacientes con diabetes se registró en la consulta más reciente la presión arterial y el peso, tanto en los centros de salud atendidos por pasantes de medicina como en los de médicos de base. En menor proporción se registró el índice de masa corporal y la glucemia en ayuno, ambas siendo más altas en los centros a cargo de médicos de base (véase cuadro 3.1.1.1).

En casi la totalidad de los casos, en el expediente del paciente se registró información en alguna de las consultas sobre una alimentación balanceada y sobre la realización de actividad física de manera suficiente, situación que fue un poco más frecuente en las unidades médicas atendidas por médicos de base. En menor proporción se encontró información del establecimiento de metas de control de peso y de la medición de la cintura, con 85.7 por ciento y 82.9 por ciento respectivamente, donde también en los centros de salud atendidos por médicos de base se presentó una mayor frecuencia (véase cuadro 3.1.1.2).

Por el contrario, en lo que se refiere a evitar el consumo de tabaco y de alcohol, fueron las unidades de salud atendidas por pasantes en donde se registró mayormente esta información en los expedientes de los pacientes con diabetes (véase cuadro 3.1.1.2).

Cuadro 3.1.1.2. Porcentaje de pacientes con diabetes, según el registro en el expediente del seguimiento médico en alguna de las consultas atendidas durante los últimos 12 meses, por situación del centro de salud, (n=996).

Seguimiento médico	C.S. Médico pasante y de base	C.S. Sólo pasante
Se establecen metas de control de peso (dieta y/o ejercicio)	90.3	82.9
Medición de cintura / circunferencia de cintura	89.2	79.1
Evitar el consumo de tabaco	71.1	84.4
Evitar el consumo de alcohol	71.6	84.2
Una alimentación balanceada (dieta)	98.9	97.4
Realizar actividad física de manera suficiente (ejercicio)	98.9	97.3

Fuente: Base de datos de la cédula de verificación para pacientes con diabetes, 2012.

Nota: Se destacan con **negritas** los casos en que las diferencias son más amplias y con significancia estadística. Asimismo, en todos los cuadros se somborean con verde los casos en que las cifras son más altas en los centros de salud que cuentan con médico de base además del pasante y, con azul, las que son mayores en los centros atendidos exclusivamente por pasantes.

Con respecto al registro de la realización o solicitud de exámenes en los pacientes durante los últimos 12 meses, las proporciones más altas se observan en los rubros de evaluación de las extremidades y del examen clínico de pies; en ambos casos la frecuencia es más elevada en los centros de salud donde también hay médico de base. Siguen, en orden decreciente, el examen de orina, el examen dermatológico, el examen dental y el examen de fondo de ojo. En todos los casos las cifras son más altas en las unidades de salud en las que además del pasante se cuenta con un médico de base; la única excepción es el electrocardiograma, pero la diferencia en este caso no es estadísticamente significativa (véase cuadro 3.1.1.3).

Cuadro 3.1.1.3. Porcentaje de pacientes con diabetes, según el registro en el expediente del paciente de la realización o solicitud de exámenes en los últimos 12 meses, por situación del centro de salud, 2012. (n=996).

Exámenes	C.S. Médico pasante y de base	C.S. Sólo pasante
Examen de orina	56.5	42.6
Examen de fondo de ojo (oftalmoscopia o funduscopia)	22.4	22.3
Examen clínico de pies	70.3	57.6
Examen dermatológico	48.6	30.5
Examen dental	28.9	18.2
Electrocardiograma	1.4	3.8
Evaluación de las extremidades	71.1	61.1

Fuente: Base de datos de la cédula de verificación para pacientes con diabetes, 2012.

Nota: Se destacan con **negritas** los casos en que las diferencias son más amplias y con significancia estadística. Asimismo, en todos los cuadros se sombrea con verde los casos en que las cifras son más altas en los centros de salud que cuentan con médico de base además del pasante y, con azul, las que son mayores en los centros atendidos exclusivamente por pasantes.

Por otro lado, la patología asociada o que produce complicaciones a la diabetes mayormente registrada fue la hipertensión arterial sistémica. Ésta se registró en mayor medida en los centros de salud atendidos exclusivamente por pasantes de medicina con 33.0 por ciento; en donde hay médicos de base fue de 26.8 por ciento. Esta misma tendencia se presentó con la dislipidemia, aunque en la diferencia no es estadísticamente significativa. Las complicaciones renales, amputaciones y trasplantes se registraron de manera muy reducida (véase cuadro 3.1.1.4).

Cuadro 3.1.1.4. Porcentaje de pacientes con diabetes, según el registro en el expediente sobre si el paciente ha presentado una o más patologías asociadas o complicaciones a la diabetes, por situación del CS, (n=996).

Patologías	C.S. Médico pasante y de base	C.S. Sólo pasante
Hipertensión Arterial Sistémica	26.8	33.0
Dislipidemia	15.1	16.1
Complicaciones renales	1.4	1.6
Amputaciones	0.3	0.8
Trasplantes	0.5	0.3

Fuente: Base de datos de la cédula de verificación para pacientes con diabetes, 2012.

Nota: Se destacan con **negritas** los casos en que las diferencias son más amplias y con significancia estadística. Asimismo, en todos los cuadros se sombrea con verde los casos en que las cifras son más altas en los centros de salud que cuentan con médico de base además del pasante y, con azul, las que son mayores en los centros atendidos exclusivamente por pasantes.

De lo anterior se puede señalar que 42.7 por ciento de los pacientes con diabetes tuvo al menos una complicación registrada en los centros de salud atendidos exclusivamente por pasantes, y el 37.6 en los atendidos en centros de salud donde también hay médico de base.

Por otra parte, en el 14.5 por ciento del total de expedientes se registró que el paciente de diabetes fue referido a atención en otra unidad por diferentes causas; esta proporción fue levemente superior en los centros de salud que cuentan con médicos de base con respecto a los que sólo cuentan con pasantes

(15.1 y 14.2 por ciento, respectivamente). Las causas de referencia son múltiples. Las más frecuentes son las complicaciones oftalmológicas: en el 3.0 por ciento de todos los expedientes la referencia ocurrió por esta causa, proporción que fue ligeramente superior en los centros de salud atendidos exclusivamente por pasantes de medicina. En el 1.9 por ciento de los expedientes el paciente fue referido por falta de respuesta al tratamiento farmacológico; en este caso la proporción fue notoriamente mayor en las unidades de salud donde hay médico de base, con 3.0 por ciento, que en las que sólo está el pasante, con 1.3 por ciento. El resto de las múltiples causas de referencia registran cifras inferiores al uno por ciento.

Asimismo, hay diferencias notables y significativas en la proporción de pacientes con diabetes que han sido asignados a un grupo de ayuda mutua o algún programa de diabetes del centro. Esta proporción fue superior en las unidades médicas donde hay médico de base con 47.6 por ciento, mientras que en las atendidas sólo por pasantes fue de 28.2 por ciento.

3.1.2. EXPEDIENTES DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA

El total de registros de pacientes con hipertensión arterial sistémica es de 999, donde 26.2 por ciento son hombres y 73.8 por ciento mujeres. En los centros de salud atendidos sólo por pasantes la proporción de hombres fue mayor que la registrada en aquellas donde también hay médicos de base, con 29.0 y 21.5 por ciento respectivamente. La distribución por edad indica que la mayor proporción de pacientes tiene 40 años o más. El promedio de edad de los pacientes fue el mismo en los dos tipos de unidad de salud estudiados (61.4 años de edad, con una desviación estándar de 14 años).

El promedio de consultas a las que acudieron los pacientes con menos de un año de diagnóstico fue de alrededor de 5, siendo en los centros de salud atendidos por los médicos de base de 4 y en los de pasantes de 5. El promedio de consultas en los que tenían más de un año de diagnóstico fue de 7, cantidad que fue similar en las unidades médicas atendidas por médicos de base y pasantes.

De acuerdo con los resultados obtenidos, las hojas de evolución y la historia clínica son los elementos que mayormente integran el expediente de los pacientes, seguidos de la tarjeta de registro y control; los porcentajes de ambos tipos de centros son muy similares y sin diferencias estadísticas significativas. La hoja de referencia y contra referencia fue la que en menor medida se integró en el expediente del paciente, con un 23.9 por ciento en las unidades de salud atendidas por médicos de base y un 34.0 por ciento en los atendidos sólo por pasantes (véase cuadro 3.1.2.1).

En cuanto a los antecedentes personales patológicos y no patológicos del paciente en la historia clínica, se puede observar que en las unidades atendidas exclusivamente por pasantes se registran en mayor medida los antecedentes sobre si el paciente fuma (10.8 por ciento vs. 7.5 por ciento en donde también hay médico de base), si consume alcohol (14.4 por ciento vs. 10.2 por ciento). En los otros antecedentes las cifras son muy similares.

En lo que respecta al registro en el expediente del seguimiento médico en el último año, en casi todos los rubros se encuentra un nivel mayor de registro en las unidades en las que además del pasante hay un médico de base. Las mayores diferencias se observan en el registro de la medición de cintura (87.6 por ciento vs. 75.3 por ciento) y en la recomendación de evitar el consumo de sal (94.9 por ciento vs. 87.8 por ciento). En el resto de los rubros las diferencias son pequeñas. Los tres casos en que los porcentajes

son mayores en las unidades atendidas exclusivamente por pasantes se refieren a evitar el consumo de tabaco, evitar el consumo de alcohol (en ambos casos las cifras se encuentran en alrededor de 15 puntos porcentuales arriba de las unidades en donde hay algún médico de base) e indicar la ingestión suficiente de potasio; este último caso llama la atención, ya que la cifra es 20 puntos más alta (véase cuadro 3.1.2.2).

Cuadro 3.1.2.1. Porcentaje de pacientes con hipertensión arterial sistémica, según los elementos que integran el expediente clínico, por situación del centro de salud, 2012. (n=999).

Elementos del expediente clínico	C.S. Médico pasante y de base	C.S. Sólo pasante
Hoja frontal	83.9	71.9
Historia clínica	96.5	96.0
Hojas de evolución	99.7	99.4
Estudios de laboratorio y gabinete	69.4	67.8
Hojas de referencia y contra referencia	23.9	34.0
Hoja de seguimiento del Grupo Ayuda Mutua	49.2	33.8
Tarjeta de registro y control	90.1	91.9

Fuente: Base de datos de la cédula de verificación para pacientes con hipertensión arterial sistémica, 2012.

Nota: Se destacan con **negritas** los casos en que las diferencias son más amplias y con significancia estadística. Asimismo, en todos los cuadros se somborean con verde los casos en que las cifras son más altas en los centros de salud que cuentan con médico de base además del pasante y, con azul, las que son mayores en los centros atendidos exclusivamente por pasantes.

Cuadro 3.1.2.2. Porcentaje de pacientes con hipertensión arterial sistémica, según el registro en el expediente del seguimiento médico en alguna de las consultas atendidas durante los últimos 12 meses, por situación del centro de salud, 2012. (n=999).

Seguimiento médico	C.S. Médico pasante y de base	C.S. Sólo pasante
Se establecen metas de control de peso (dieta y/o ejercicio)	86.4	82.1
Medición de cintura / circunferencia de cintura	87.6	75.3
Evitar el consumo de tabaco	62.6	77.8
Evitar el consumo de alcohol	63.7	77.7
Evitar el consumo de sal	94.9	87.8
La ingestión suficiente de potasio	54.0	74.0
Una alimentación balanceada (dieta)	99.2	94.3
Realizar actividad física de manera suficiente (ejercicio)	98.1	93.6

Fuente: Base de datos de la cédula de verificación para pacientes con hipertensión arterial sistémica, 2012.

Nota: Se destacan con **negritas** los casos en que las diferencias son más amplias y con significancia estadística. Asimismo, en todos los cuadros se somborean con verde los casos en que las cifras son más altas en los centros de salud que cuentan con médico de base además del pasante y, con azul, las que son mayores en los centros atendidos exclusivamente por pasantes.

En casi la totalidad de los expedientes de los pacientes con hipertensión arterial sistémica se registró la presión arterial y el peso, y las cifras son muy similares entre los dos tipos de unidades estudiadas (véase cuadro 3.1.2.3).

Posteriormente se encuentra el índice de masa corporal y la glucosa, que en ambos casos se registraron en mayor medida en los centros de salud en los que además del pasante se cuenta con algún médico de base. Cabe señalar que para el resto de los rubros las cifras son muy bajas, especialmente en los niveles de HDL (lipoproteína de alta densidad) y LDL (lipoproteína de baja densidad) con cifras de registro por debajo de 5 por ciento, (véase cuadro 3.1.2.3).

Cuadro 3.1.2.3. Porcentaje de pacientes con hipertensión arterial sistémica, según el registro en el expediente del seguimiento médico en la consulta más reciente, por situación del centro de salud, 2012. (n=999).

Seguimiento médico	C.S. Médico pasante y de base	C.S. Sólo pasante
Presión arterial (PA) (mm de Hg)	98.4	98.1
Peso (kg)	98.4	96.7
Índice de masa corporal (IMC)	82.0	77.8
Glucosa (mg/dl)	39.2	31.9
Urea(mg/dl)	14.5	5.1
Microalbuminuria (mg/dl)	0.3	0.2
Creatinina (mg/dl)	14.5	4.3
Colesterol total en sangre (mg/dl)	17.7	8.3
HDL (mg/dl)	3.2	3.0
LDL (mg/dl)	3.0	3.0
Triglicéridos en la sangre (mg/dl)	17.2	7.5

Fuente: Base de datos de la cédula de verificación para pacientes con hipertensión arterial sistémica, 2012.

Nota: Se destacan con **negritas** los casos en que las diferencias son más amplias y con significancia estadística.

Asimismo, en todos los cuadros se somborean con verde los casos en que las cifras son más altas en los centros de salud que cuentan con médico de base además del pasante y, con azul, las que son mayores en los centros atendidos exclusivamente por pasantes.

La patología mayormente registrada fue la obesidad, siendo en los centros de salud atendidos con apoyo de médicos de base de 38.7 por ciento y en los de pasantes de 30.9 por ciento. El resto de las patologías tuvieron registros similares o inferiores al 10 por ciento (véase cuadro 3.1.2.4).

Cuadro 3.1.2.4. Porcentaje de pacientes con hipertensión arterial sistémica, según si ha presentado una o más patologías, por situación del centro de salud, 2012. (n=999).

Patologías	C.S. Médico pasante y de base	C.S. Sólo pasante
Diabetes	6.2	5.6
Obesidad	38.7	30.9
Cardiopatía isquémica	2.7	1.6
Nefropatía	2.4	1.3
Dislipidemia	9.4	10.7
Hipertiroidismo	0.5	0.8
Retinopatía	1.1	1.1

Fuente: Base de datos de la cédula de verificación para pacientes con hipertensión arterial sistémica, 2012.

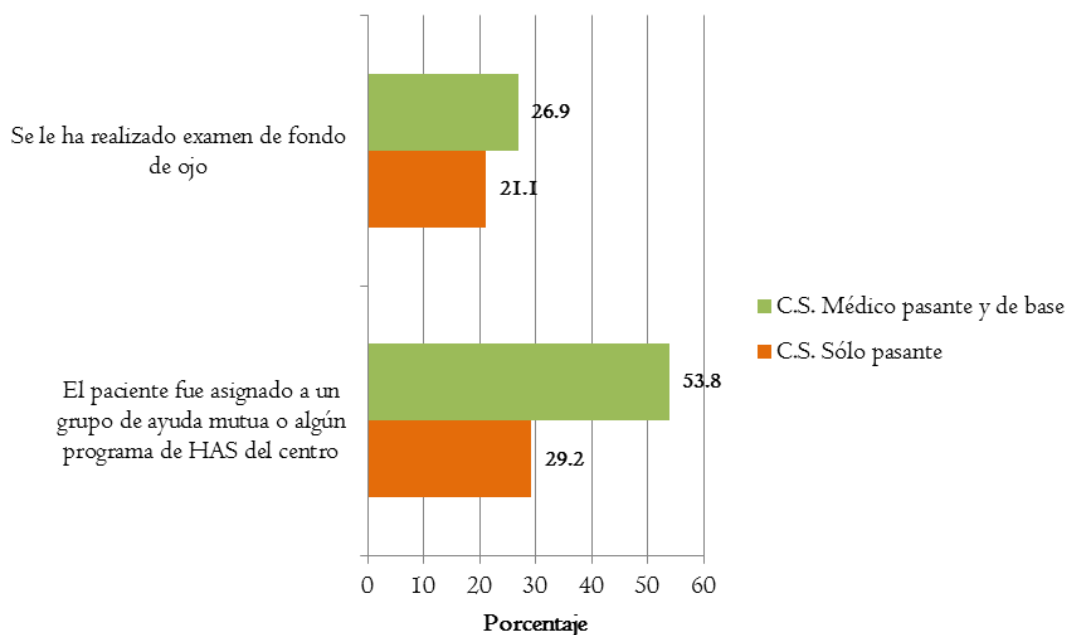
Nota: Se destacan con **negritas** los casos en que las diferencias son más amplias y con significancia estadística.

Asimismo, en todos los cuadros se somborean con verde los casos en que las cifras son más altas en los centros de salud que cuentan con médico de base además del pasante y, con azul, las que son mayores en los centros atendidos exclusivamente por pasantes.

Con base en lo anterior se pudo determinar que en el 42.8 por ciento de los expedientes se ha registrado al menos una patología, proporción que se presentó principalmente en las unidades de salud atendidas con apoyo de médicos de base con 46.5 por ciento, en tanto que en las atendidas exclusivamente por pasantes fue de 40.7 por ciento.

Tomando en cuenta otras consideraciones de calidad en la atención de los pacientes con hipertensión arterial sistémica, se puede observar que sólo en el 23.2 por ciento de todas las unidades se registró la realización del examen de fondo de ojo; esta proporción fue de 26.9 por ciento en los centros de salud en los que el director es un médico de base y de 21.1 por ciento en los que hay exclusivamente pasantes. Esta diferencia de casi 7 puntos porcentuales debe resaltarse: únicamente en uno de cada cinco centros de salud atendidos sólo por pasantes se tiene registrada la realización de examen de fondo de ojo, el cual es de gran importancia para el control de pacientes con hipertensión sistémica y, además, requiere sólo de un equipamiento muy básico. Asimismo, en las unidades en las que además del pasante se cuenta con un médico de base se registró que el 53.8 por ciento de los pacientes fueron asignados a un grupo de ayuda mutua o algún programa de HAS del centro; en cambio, en los centros de salud que cuentan exclusivamente con pasante la cifra fue de sólo 29.2 por ciento (véase gráfica 3.1.2.1). En lo que concierne a si el paciente con hipertensión arterial sistémica ha sido referido a otra unidad de salud, los registros de las diferentes causas de referencia son bajos y, en general, más bajos en los centros atendidos sólo por pasantes. La única excepción es precisamente la referencia de pacientes por problemas de ojos; aunque las cifras son bajas, 1.9 por ciento en donde se cuenta con algún médico de base vs. 3.2 por ciento donde sólo hay pasantes, en términos relativos esta última cifra es casi 70 por ciento más alta que la primera (véase cuadro 3.1.2.5).

Gráfica 3.1.2.1. Porcentaje de pacientes con hipertensión arterial sistémica, según otras consideraciones de la calidad de la atención en los últimos 12 meses, por situación del centro de salud, 2012. (n=999).



Fuente: Base de datos de la cédula de verificación para pacientes con hipertensión arterial sistémica, 2012.

Cuadro 3.1.2.5. Porcentaje de pacientes con hipertensión arterial sistémica, según si el paciente ha sido referido a atención en otra clínica, hospital u hospital de especialidad por alguna causa en los últimos 12 meses, por situación del centro de salud, 2012. (n=999).

Causas de referencia a otra unidad	C.S. Médico pasante y de base	C.S. Sólo pasante
HAS secundaria o nefropatía	0.8	0.2
Complicaciones cardiovasculares o cardiopatía isquémica	2.2	0.3
HAS resistente o refractaria	2.2	0.8
Problemas de ojos	1.9	3.2
Diabetes	0.8	0.5
Otra	4.6	4.5

Fuente: Base de datos de la cédula de verificación para pacientes con hipertensión arterial sistémica, 2012.

Nota: Se destacan con **negritas** los casos en que las diferencias son más amplias y con significancia estadística.

Asimismo, en todos los cuadros se sombrea con verde los casos en que las cifras son más altas en los centros de salud que cuentan con médico de base además del pasante y, con azul, las que son mayores en los centros atendidos exclusivamente por pasantes.

3.1.3. EXPEDIENTES DE PACIENTES DE ATENCIÓN PRENATAL

El tamaño de la muestra de las pacientes de atención prenatal corresponde a 740 registros, de los cuales la mayor proporción tiene entre 20 y 29 años. En los centros de salud atendidos exclusivamente por médicos pasantes, la edad media de las mujeres es de 24.0 años (con una desviación de 5.9) y en las que se cuenta además con el apoyo de un médico de base la media es de 24.2 (con una desviación de 6.2). El promedio de consultas de atención prenatal de la paciente fue de 5, escenario que se presentó de igual forma en ambos tipos de centros de salud.

Casi la totalidad de los expedientes de las pacientes cuentan con las hojas de evolución, seguidas de la historia clínica, los estudios de laboratorio y gabinete y la hoja frontal, todos estos casos caracterizados por presentarse con mayor frecuencia en los centros de salud que cuentan con algún médico de base, aunque las diferencias son pequeñas, con excepción de la hoja frontal que está requisitada aquí en el 86.3 por ciento de los casos contra 77.3 por ciento en unidades en las que sólo atienden pasantes. Esta diferencia se invierte sólo en un caso: en los centros de salud atendidos exclusivamente por pasantes se registran más referencias (55.9 por ciento) que en las otras unidades (46.9 por ciento).

En cuanto a las acciones básicas registradas realizadas por el médico en la paciente en la consulta más reciente, destaca que la medición de la cantidad de líquido amniótico registró la menor frecuencia con 32.7 por ciento, proporción que fue menor en las unidades de salud en las que se cuenta con algún médico de base en comparación con las exclusivas de pasantes, con 21.6 por ciento y 42.3 por ciento respectivamente (véase cuadro 3.1.3.1). También se observa una diferencia significativa a favor de los centros que sólo cuentan con pasantes en cuanto al registro del tamaño del feto y los cambios producidos.

En lo que respecta al registro en el expediente clínico de la paciente sobre la detección de signos y síntomas de alarma identificados, en todos los casos, las frecuencias fueron mayores en los centros de salud en los que además del pasante hay un médico de base (véase cuadro 3.1.3.2).

Cuadro 3.1.3.1. Porcentaje de pacientes de atención prenatal, según la realización de las acciones básicas del médico en la consulta más reciente, por situación del centro de salud, 2012. (n=740).

Acciones básicas del médico en la madre	C.S. Médico pasante y de base	C.S. Sólo pasante
Valoración de riesgo	87.8	90.9
Exploración física completa	100.0	98.0
Establecer fecha de gestación por última menstruación	91.5	97.0
Anotar en la nota de consulta el nivel de riesgo	75.2	80.6
Ministrar ácido fólico	79.9	88.9
Ministrar sulfato ferroso	79.0	84.9
Informar a la mujer sobre signos y síntomas de alarma	96.5	95.5
Toma o auscultación de la frecuencia cardíaca fetal (FCF)	94.2	96.0
Tamaño actual del feto y cambios producidos	49.6	63.5
Cantidad de líquido amniótico	21.6	42.3
Presentación y situación del feto	86.0	87.4
Actividad fetal (movimiento)	91.0	93.5
Altura del fondo uterino (cm)	93.0	91.7

Fuente: Base de datos de la cédula de verificación para pacientes de atención prenatal, 2012.

Nota: Se destacan con **negritas** los casos en que las diferencias son más amplias y con significancia estadística.

Asimismo, en todos los cuadros se sombrea con verde los casos en que las cifras son más altas en los centros de salud que cuentan con médico de base además del pasante y, con azul, las que son mayores en los centros atendidos exclusivamente por pasantes.

Cuadro 3.1.3.2. Porcentaje de pacientes de atención prenatal, según el registro en el expediente clínico de la detección de signos y síntomas de alarma identificados, por situación del centro de salud, 2012. (n=740).

Detección de signos y síntomas de alarma identificados	C.S. Médico pasante y de base	C.S. Sólo pasante
Sangrados vaginales (STV)	8.8	5.0
Hinchazón de cara, manos o pies (edemas)	10.8	5.3
Dolor de cabeza o cefaleas	10.2	7.6
Visión borrosa o con lucécitas (fosfenos)	6.4	2.3
Zumbido de oídos (acúfenos o tinnitus)	6.4	2.0
Señales de dolor de parto	8.7	4.5
Líquidos y flujos vaginales de mal olor, comezón o ardor (PTV)	15.7	12.6
Vómito persistente	6.7	3.0
Fiebre con o sin escalofríos (calentura)	5.5	1.5
Dolor o ardor al orinar, orina oscura o arenosa (disuria o IVU)	28.0	15.9
Cambios de la frecuencia o intensidad de los movimientos fetales	6.4	3.0
Ruptura de la fuente	5.5	1.3
Ataques o convulsiones	4.1	0.8
Problemas cardíacos respiratorios (CsRs)	5.5	1.8

Fuente: Base de datos de la cédula de verificación para pacientes de atención prenatal, 2012.

Nota: Se destacan con **negritas** los casos en que las diferencias son más amplias y con significancia estadística. Asimismo, en todos los cuadros se sombrea con verde los casos en que las cifras son más altas en los centros de salud que cuentan con médico de base además del pasante y, con azul, las que son mayores en los centros atendidos exclusivamente por pasantes.

En total, se estima que en el 39.9 por ciento de las pacientes de las unidades en donde hay algún médico de base se registró al menos un signo o síntoma de alarma y en las otras unidades esta cifra fue de 37.0 por ciento.

En cuanto a la realización de exámenes de laboratorio o gabinete a pacientes de atención prenatal según los registros en expedientes, se observa que en las unidades atendidas exclusivamente por pasantes el registro es menor. Aunque las proporciones en las unidades con médico de base no dejan de ser también bajas si consideramos que este tipo de exámenes, particularmente el general de orina y la detección de VIH, son parte de lo indicado en la NOM-007-SSA2-1993, sobre atención de la mujer durante el embarazo (véase cuadro 3.1.3.3).

Cuadro 3.1.3.3. Porcentaje de pacientes de atención prenatal, según la realización de exámenes, por situación del centro de salud, 2012. (n=740).

Exámenes	C.S. Médico pasante y de base	C.S. Sólo pasante
Examen general de orina (EGO)	83.4	77.3
Determinación de glucemia en ayunas (dextrostis)	59.8	43.6
Biometría hemática completa	77.0	65.2
Determinación de grupo sanguíneo ABO y RH	62.7	53.4
Análisis en sangre para sífilis (VDRL)	71.1	59.2
Aplicar toxoide tetánico	56.6	51.9
Prueba de Papanicolaou	7.0	4.5
Detección de VIH	56.9	50.6
Ultrasonidos	60.3	49.9

Fuente: Base de datos de la cédula de verificación para pacientes de atención prenatal, 2012.

Nota: Se destacan con **negritas** los casos en que las diferencias son más amplias y con significancia estadística. Asimismo, en todos los cuadros se somborean con verde los casos en que las cifras son más altas en los centros de salud que cuentan con médico de base además del pasante y, con azul, las que son mayores en los centros atendidos exclusivamente por pasantes.

Por lo que se refiere a la orientación sobre lactancia materna y uso de métodos para planificación familiar, destaca que en los centros atendidos exclusivamente por pasantes se registran porcentajes mayores comparativamente con las unidades donde el responsable es un médico de base; es particularmente amplia la diferencia en el primer caso: 70.0 por ciento vs. 56.0 por ciento.

3.1.4. CALIDAD DE LA ATENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS USUARIOS

Para conocer la percepción de los usuarios sobre la calidad del servicio en las unidades visitadas, se realizó una encuesta entre aquéllos que habían recibido alguna consulta médica¹. Poco más de la mitad de los usuarios entrevistados habían asistido al centro de salud al menos una vez cada bimestre durante los últimos 12 meses, lo que significa que tienen una frecuencia de visitas a la unidad que permite considerarlos como usuarios regulares del servicio. El promedio de veces que han asistido los usuarios a los centros de salud, tanto a los atendidos por médicos pasantes y de base como en los de sólo pasantes es de 7.

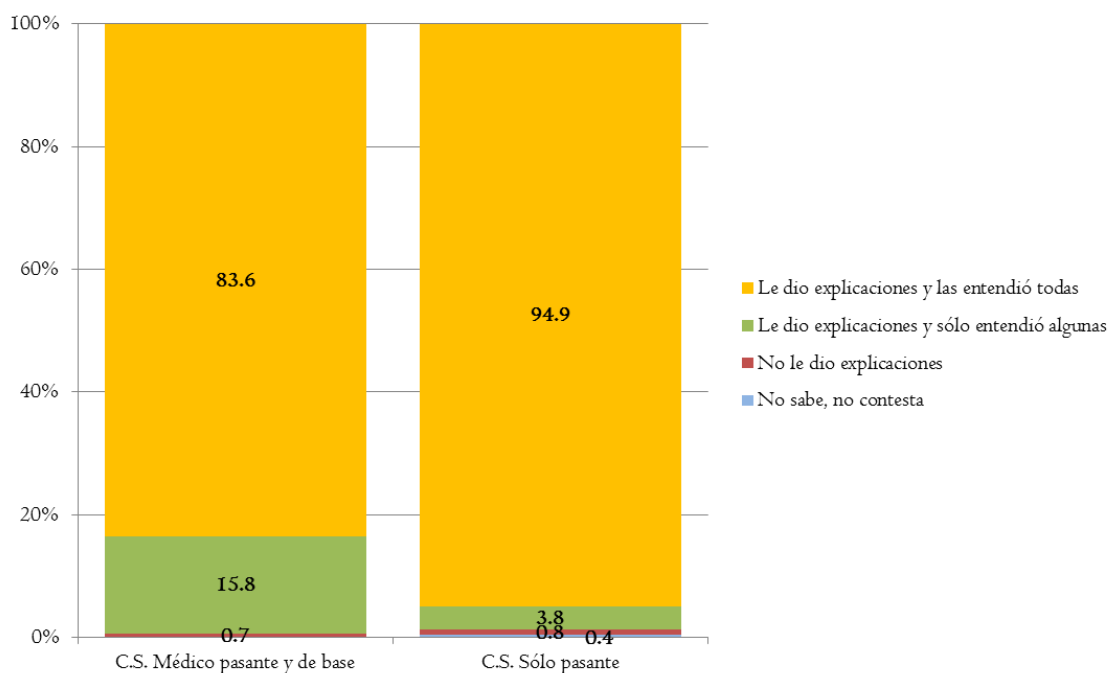
Como se puede observar en las siguientes gráficas, gran parte de los usuarios están satisfechos con el servicio y califican positivamente la calidad de la atención. En todos los casos se observa una situación más positiva de los centros atendidos atienden exclusivamente por pasantes. Al 89.4 por ciento de los usuarios que fueron atendidos en centros de salud con médicos pasantes y de base les recetaron algún

¹ Lo que significa que si los usuarios asistían a la unidad para recibir pláticas o alguna orientación (particularmente relacionados con el Seguro Popular y certificación de corresponsabilidades del Programa Oportunidades) no se les aplicaba la entrevista.

medicamento en la última consulta, proporción que fue de 84.3 por ciento en los centros de salud bajo el mando de los médicos pasantes.

Al 94.9 por ciento de los usuarios atendidos en los centros de salud con sólo pasantes les dieron las explicaciones necesarias sobre los medicamentos y las entendieron todas, proporción que fue menor en las unidades de salud de los médicos pasantes y de base, siendo 83.6 por ciento (véase gráfica 3.1.4.1).

Gráfica 3.1.4.1. Distribución porcentual de los usuarios a los que le recetaron algún medicamento según la explicación que le dieron, por situación del centro de salud, 2012. (n=388)

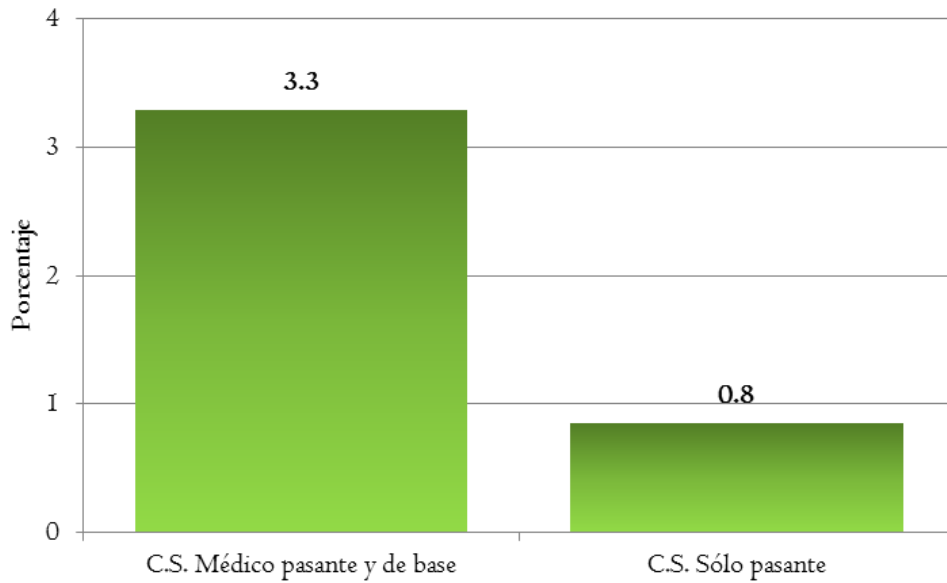


Fuente: Base de datos de la encuesta de satisfacción de usuarios, 2012.

En cuanto a si los usuarios pagaron en la unidad por el medicamento que les recetaron, se pudo observar que el 3.3 por ciento de los que acudieron a los centros de salud atendidos por médicos pasantes y de base lo hicieron, proporción que fue tres veces mayor a lo obtenido en los centros de salud atendidos por sólo pasantes, cuya cifra fue de 0.8 por ciento. Debe hacerse notar, no obstante, que el nivel de significancia (.078) no permite que esta conclusión tenga una solidez estadística contundente (véase gráfica 3.1.4.2).

Una pregunta que, en general, es útil para apreciar el grado de satisfacción de los usuarios es si regresarían o no al centro de salud para atenderse. Aquí, las cifras de quienes expresan que no regresarían son bajas y sin diferencias significativas entre los dos tipos de centros, pero hay que considerar que es posible (no comprobable en este estudio) que los usuarios de estas unidades no tengan muchas opciones reales (por el limitado acceso en términos económicos y geográficos) a las cuales acudir (gráfica 3.1.4.3).

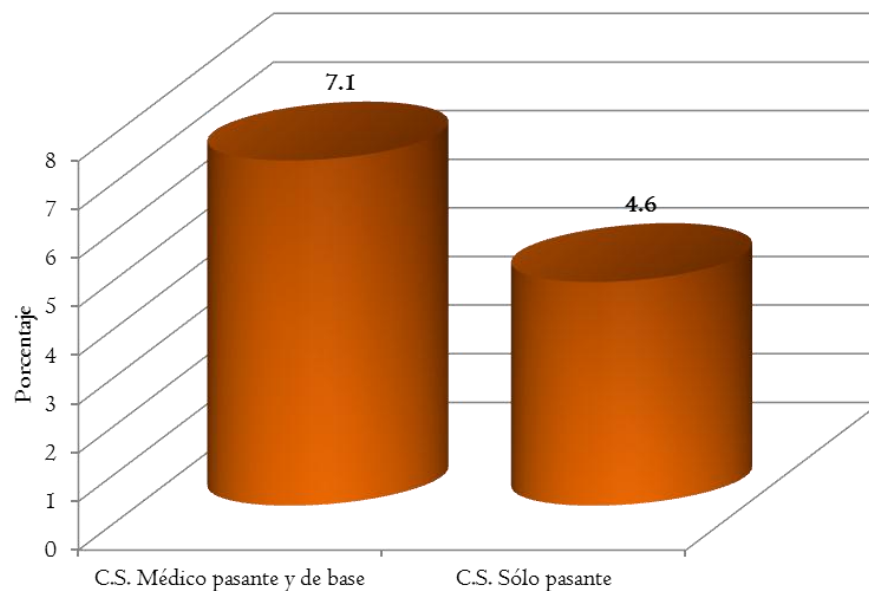
Gráfica 3.1.4.2. Porcentaje de los usuarios a los que le recetaron algún medicamento y que pagaron en la unidad el medicamento, por situación del centro de salud, 2012. (n=388).



Fuente: Base de datos de la encuesta de satisfacción de usuarios, 2012.

Nota: el nivel de significancia estadística (.078) no permite que las cifras puedan considerarse concluyentes.

Gráfica 3.1.4.3. Porcentaje de los usuarios que no regresarían para atenderse de nuevo en la unidad, por situación del centro de salud, 2012. (n=450).



Fuente: Base de datos de la encuesta de satisfacción de usuarios, 2012.

3.2. ESQUEMA DE CAPACITACIÓN Y SUPERVISIÓN DEL MÉDICO PASANTE

En la encuesta a médicos pasantes se realizó una serie de preguntas respecto de su percepción acerca de la calidad y cantidad de temas de capacitación que se les han dado para tomar la unidad médica a la que fue asignado con información sobre los procesos médicos y administrativos que en éstas se siguen.

Uno de los hallazgos fue que casi 23.3 por ciento de los pasantes no recibieron capacitación para la toma del centro de salud. No se observan diferencias entre aquellos que llegaron a una unidad con médico de base y los que cuentan sólo con pasante. Sin embargo, entre los que si fueron capacitados, las diferencias se notan cuando se indaga sobre la cantidad de días que duró la capacitación y la calificación que daría a ésta. Parecería que por la responsabilidad adquirida, la capacitación fue más extensa entre los pasantes que fueron asignados a alguna unidad que no contaba con médico de base. Las unidades de salud atendidas por sólo pasantes recibieron en promedio 4.65 días de capacitación para la toma del centro de salud; este promedio fue de 3.50 días en donde atienden los médicos pasantes y de base. En cuanto a la calificación que le dieron a la calidad de esta capacitación, no hubo diferencias, fue de 6 puntos en una escala de 0 a 10.

De igual manera, a los pasantes se les preguntó si en la capacitación le habían explicado los procesos administrativos que tendrían que seguir durante su servicio y, también, si les habían explicado los principales procedimientos médicos a desarrollar en su servicio. En ambos casos, las proporciones más altas de quienes responden que sí les dieron estas explicaciones corresponden a los pasantes que fueron asignados a una unidad en la cual ellos serían los únicos responsables: 80.4 por ciento vs. 79.4 por ciento, en el primer caso, y 76.8 por ciento vs. 64.7 por ciento en lo que se refiere a procedimientos médicos (véase cuadro 3.2.1).

Cuadro 3.2.1. Porcentaje de los médicos pasantes según si les dieron o no explicaciones sobre los procesos administrativos y sobre los procedimientos médicos a desarrollar en el servicio social, por situación del centro de salud, 2012. (n=90).

Explicación de los procesos y procedimientos	C.S. Médico pasante y de base	C.S. Sólo pasante
Le explicaron los procesos administrativos a desarrollar en su servicio social	79.4	80.4
Le explicaron los procedimientos médicos a desarrollar en su servicio social	64.7	76.8

Fuente: Base de datos de la entrevista para médicos pasantes del servicio social, 2012.

Nota: Se destacan con **negritas** los casos en que las diferencias son más amplias y con significancia estadística. Asimismo, en todos los cuadros se sombrea con verde los casos en que las cifras son más altas en los centros de salud que cuentan con médico de base además del pasante y, con azul, las que son mayores en los centros atendidos exclusivamente por pasantes.

Incluso la diferencia entre centros de salud sólo con pasantes y con médicos de base es más notoria en la capacitación que se les otorga acerca de los planes y proyectos que se desarrollan en la Secretaría de Salud; casi 12 puntos porcentuales superior entre los primeros (véase gráfica 3.2.1).

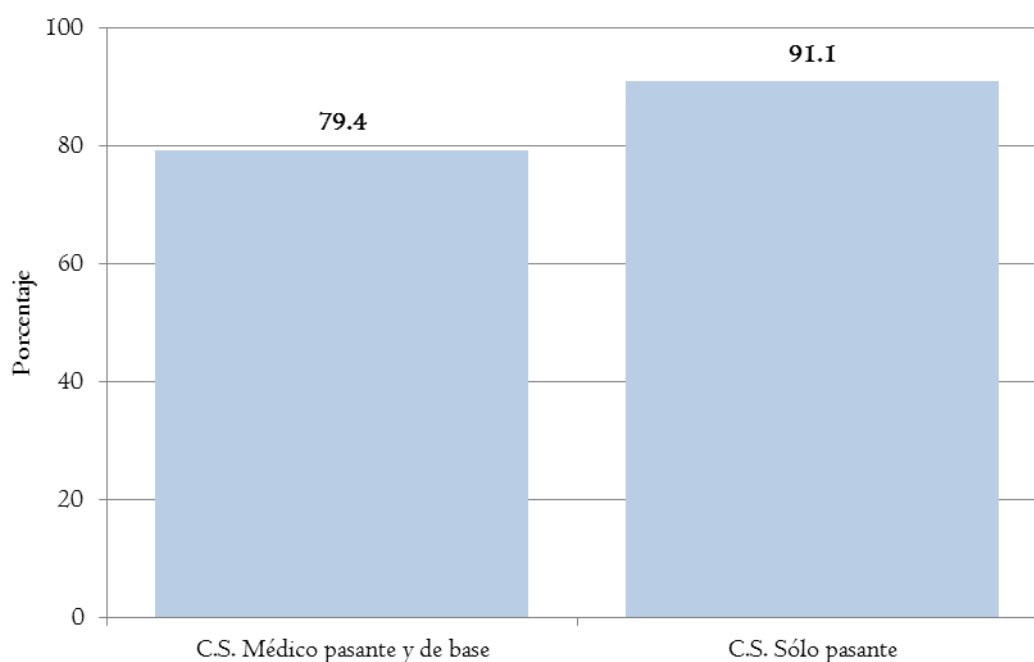
También es importante anotar que, de acuerdo con lo expresado por los pasantes en las entrevistas semi-estructuradas, las capacitaciones ponen énfasis en el llenado de formatos de los programas que lleva a cabo la institución. En este sentido, sería conveniente replantear los contenidos de las capacitaciones en los que se consideren en mayor medida temas médicos relacionados con el entorno y condiciones epidemiológicas de las zonas donde los médicos pasantes realizarán su servicio social.

De la información cualitativa obtenida se pudo observar también que todos los coordinadores del servicio social en los SESA y los responsables en las universidades entrevistados comentaron que se otorga capacitación sobre las actividades que desarrollarán los pasantes durante el servicio social al inicio del periodo. La duración que expresaron fue variable: de 16 horas a una semana de tiempo completo.

En cuanto a la supervisión, según los coordinadores del servicio social en los SESA los pasantes son supervisados por diferentes figuras: la jurisdicción -quien vigila el desarrollo de sus actividades-, el coordinador del servicio social -quien vigila el cumplimiento del reglamento-, y los encargados de los programas de la SS.

Por su parte, los responsables del servicio social en las universidades comentan que supervisan a sus pasantes y que lo hacen a través de visitas a los centros de salud a los que fueron asignados. Mencionan que en estas visitas consideran el desarrollo del estudiante, sus necesidades y las condiciones en las que se encuentra el centro. También lo hacen por medio de la comunicación telefónica y electrónica que pudieran tener con los pasantes y con el personal encargado en los estados.

Gráfica 3.2.1. Porcentaje de los médicos pasantes que si recibieron capacitación acerca de los planes y proyectos que se desarrollan en la Secretaría de Salud, por situación del centro de salud, 2012. (n=90).



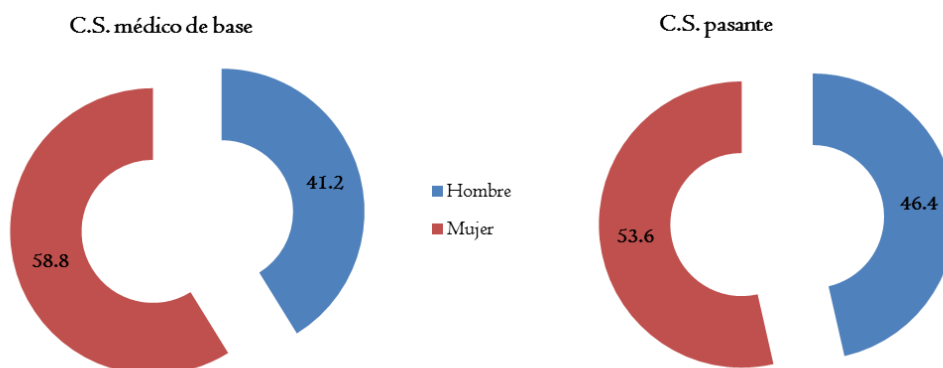
Fuente: Base de datos de la entrevista para médicos pasantes del servicio social, 2012.

3.3. SITUACIÓN DEL MÉDICO PASANTE EN RELACIÓN CON SU DESARROLLO PROFESIONAL

3.3.1. PERFIL DE LOS MÉDICOS PASANTES

Los médicos pasantes tienen en su mayoría entre 22 y 25 años de edad, con una edad promedio de 24 años. El intervalo de edad completo es de los 22 a los 30 años, y las edades con mayor frecuencia son 23, 24 y 25. Se observa que las edades de los pasantes asignados a centros de salud con médico de base son ligeramente mayores (entre 24 y 25 años; un promedio de 24.7), respecto de los pasantes responsables únicos del centro al que fueron asignados (entre 23 y 24 años, con una edad media de 24.0). En cuanto al sexo de los entrevistados, se observó una proporción ligeramente mayor de mujeres en aquellos centros donde hay médicos de base, en relación con las unidades donde atendidas exclusivamente por pasantes (véase gráfica 3.3.1.1).

Gráfica 3.3.1.1. Distribución porcentual de los médicos pasantes según sexo, por situación del centro de salud, 2012. (n=90).



Fuente: Base de datos de la entrevista para médicos pasantes del servicio social, 2012.

Por otra parte, se preguntó a los entrevistados el lugar donde pernoctan habitualmente. Se observa que en el 73.2 por ciento de los casos los pasantes duermen en una residencia anexa al centro de salud o en un lugar habilitado dentro de la unidad de salud donde atienden ellos exclusivamente. En cambio, en las unidades donde hay médicos de base la proporción de este tipo de dormitorios es del 53.0 por ciento (véase cuadro 3.3.1.1). Cabe hacer notar que un 35 por ciento de los pasantes asignados a centros donde también hay médico de base pernocta en su casa, lo que hace suponer que se encuentran en unidades ubicadas en ciudades o cercanas a ellas. Esta cifra es de la tercera parte (12.5 por ciento) entre los pasantes que se ubican en unidades atendidas exclusivamente por ellos.

Cuadro 3.3.1.1. Distribución porcentual de los médicos pasantes según lugar donde pernocta habitualmente, por situación del centro de salud, 2012. (n=90).

Lugar de residencia	C.S. Médico pasante y de base	C.S. Sólo pasante
Residencia en el CS	41.2	48.2
En el Centro de Salud	11.8	25.0
Renta en la comunidad	8.8	7.1
Vivienda provista por la comunidad	0.0	3.6
Casa propia	35.3	12.5
Otra	2.9	3.6

Fuente: Base de datos de la entrevista para médicos pasantes del servicio social, 2012.

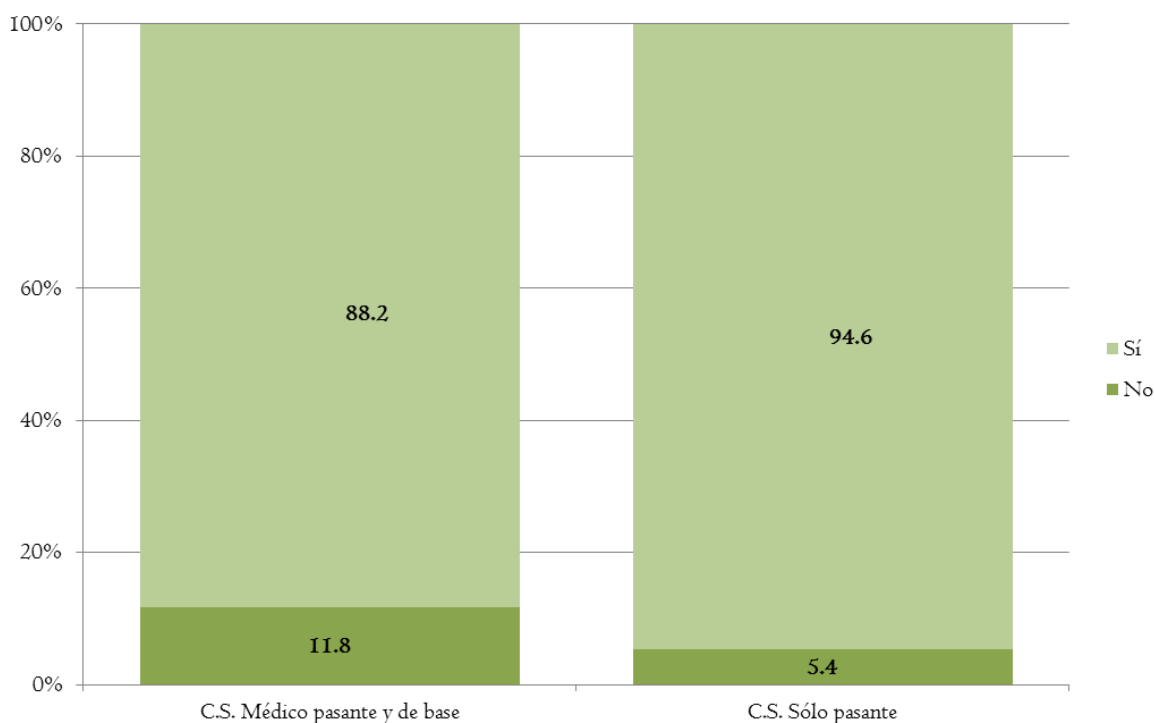
Nota: Se destacan con **negritas** los casos en que las diferencias son más amplias y con significancia estadística. Asimismo, en todos los cuadros se somborean con verde los casos en que las cifras son más altas en los centros de salud que cuentan con médico de base además del pasante y, con azul, las que son mayores en los centros atendidos exclusivamente por pasantes.

Se observa que el monto de la ayuda económica que reciben durante el servicio social no es suficiente para su manutención, por lo que tienen que recurrir al apoyo familiar para poder cumplir con éste. En el caso de los pasantes ubicados en centros de salud donde atienden exclusivamente ellos, se observa una proporción mayor (94.5 por ciento) de quienes dependen del apoyo familiar para su manutención, que la correspondiente a quienes están asignados a unidades en donde también hay un médico de base (88.2 por ciento) (véase gráfica 3.3.1.2).

Una situación que merece ser señalada es que en el 17.6 por ciento de los centros de salud en donde hay médico de base, los pasantes se ayudan para sus gastos de manutención por medio de trabajo adicional, situación que en los centros de salud atendidos sólo por pasantes se observó en sólo el 9.3 por ciento de los casos. Esta situación destaca la necesidad de incrementar la ayuda económica institucional a los pasantes y proporciona una señal de alerta: por un lado, sería conveniente que el tiempo que los pasantes pudieran llegar a tener disponible para otras actividades lo dedicaran a actividades académicas y no laborales; por otro lado, debe asegurarse que no estén proporcionando atención médica con carácter privado a personas que tendrían derecho a recibirla gratuitamente en el centro de salud.

Como referencia podemos anotar que, según información proporcionada por los propios pasantes, la beca que reciben aquellos que laboran en centros de salud en donde también hay médico de base asciende en promedio a \$2,671 mensuales y, para los que están en centros de salud atendidos sólo por ellos, el valor medio de la beca mensual es de \$2,363.

Gráfica 3.3.1.2. Distribución porcentual de los médicos pasantes según si resuelven o no sus gastos de manutención con apoyo familiar, por situación del centro de salud, 2012. (n=90).



Fuente: Base de datos de la entrevista para médicos pasantes del servicio social, 2012.

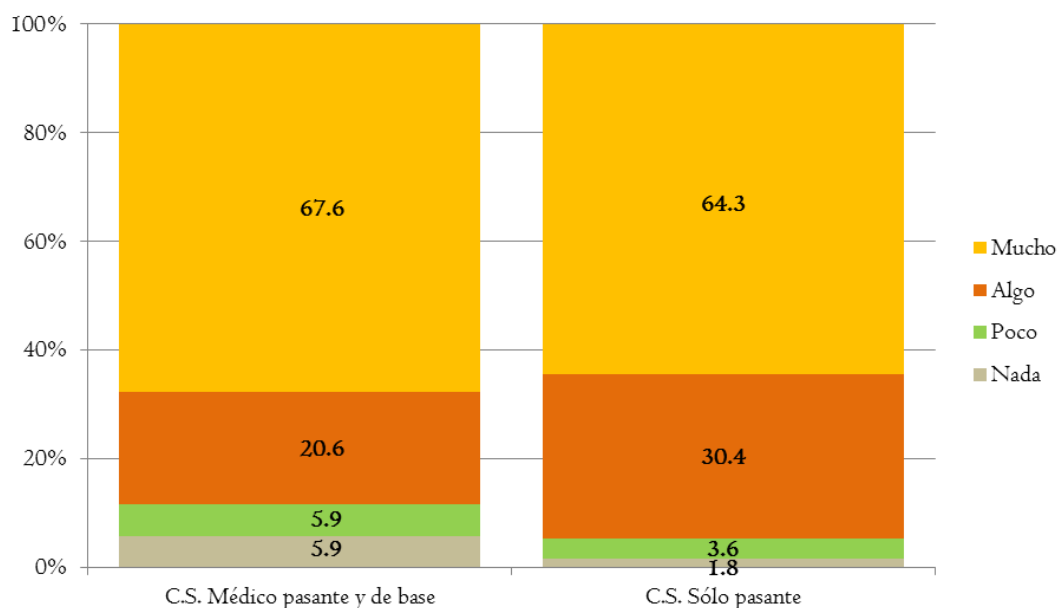
3.3.2. HABILIDADES EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO

Se observa que los médicos pasantes consideran que sus habilidades para desempeñarse en el servicio social se han incrementado durante su estancia en la unidad de salud. Su auto calificación pasó de 7 en el inicio a 9 al momento de la entrevista en ambos tipos de unidades analizadas, sin observar diferencias. Cabe señalar que la mayoría de los pasantes tenía entre 6 y 7 meses en el servicio social.

De igual manera, a la pregunta expresa sobre qué tanto el servicio social le aporta a su formación médica, más de la mitad de los pasantes opinaron que mucho. Se observa una proporción ligeramente

mayor en los que atienden en unidades con médico de base (67.6 por ciento) respecto de los que se encuentran en el otro tipo de unidades analizadas (64.3 por ciento) (véase gráfica 3.3.2.1).

Gráfica 3.3.2.1. Distribución porcentual de los médicos pasantes según su opinión en cuanto a la aportación del servicio social a la formación médica, por situación del centro de salud, 2012. (n=90).



Fuente: Base de datos de la entrevista para médicos pasantes del servicio social, 2012.

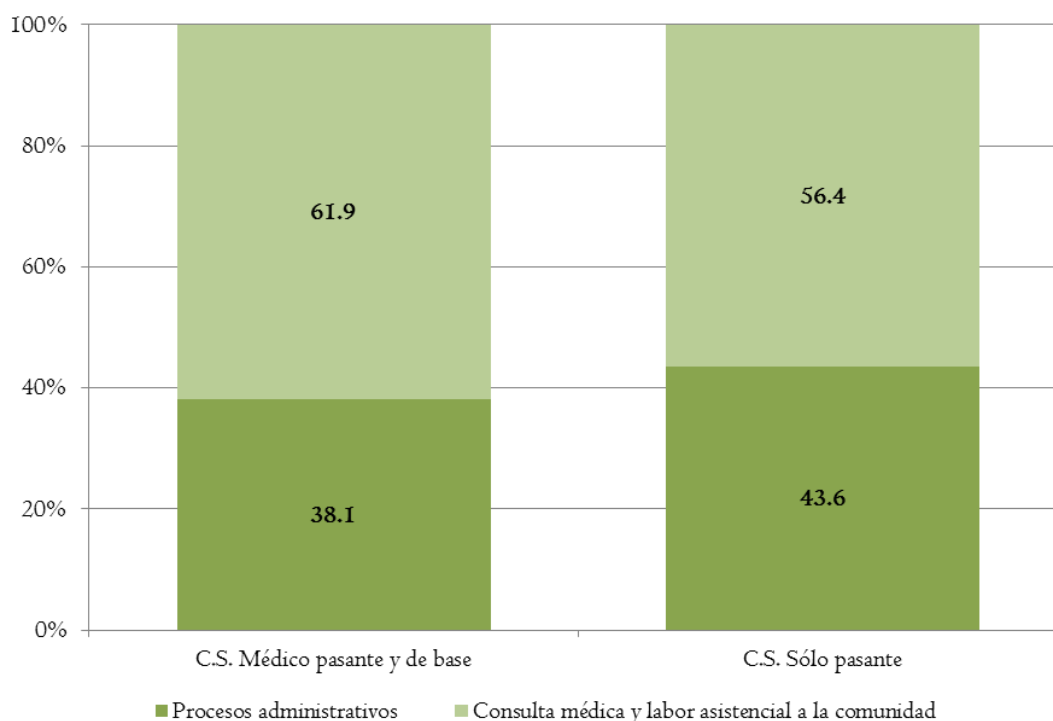
Con lo antes expuesto en cuanto a capacitación, calificación de habilidades y aporte del servicio social, podemos inferir que quienes reciben mejores beneficios para su desarrollo profesional son los pasantes que cuentan con tutores (médicos de base), que les dan la posibilidad de emplear más de su tiempo en atención médica que en procesos administrativos, tal como se verá en el siguiente apartado.

3.3.3. ACTIVIDADES DENTRO DE LA CARGA DE TRABAJO

Cuando se preguntó a los pasantes sobre sus carga de trabajo en cuanto a procesos administrativos y a la consulta médica o labor asistencial a la comunidad, se observa que mientras en las unidades atendidas sólo por pasantes el 56.4 por ciento de su tiempo lo destinan a consultas y el resto (43.6 por ciento) a procesos administrativos, en las unidades con médico de base los pasantes destinan el 61.9 por ciento a consultas y el 38.1 por ciento a cuestiones administrativas. Esta es una diferencia de 5.5 puntos porcentuales pero, en términos relativos, significa que en donde hay también un médico de base los pasantes pueden destinar un 10 por ciento más de su tiempo a proporcionar atención a la población (véase gráfica 3.3.3.1).

Aunado a ello, se observa una diferencia importante entre las opiniones de los pasantes por tipo de unidad médica analizada respecto a cómo consideran el tiempo destinado a procesos administrativos, ya que el 71.4 por ciento de los que laboran en unidades con sólo pasantes piensan que es excesivo o muy excesivo, en tanto que poco menos de la mitad (47.1 por ciento) de los que laboran en unidades con médico de base lo consideran así (véase cuadro 3.3.3.1).

Gráfica 3.3.3.1. Distribución porcentual del tiempo que utilizan los pasantes para consulta y para procesos administrativos, por situación del centro de salud, 2012. (n=90).



Fuente: Base de datos de la entrevista para médicos pasantes del servicio social, 2012.

En este sentido es indispensable hacer énfasis en las implicaciones que tiene para los pasantes el hecho de destinar un tiempo considerable al llenado de formatos y a las labores administrativas, tal vez en detrimento de la calidad en la atención y en la focalización de procesos adecuados de seguimiento al tratamiento de los pacientes.

Parecería que en las unidades con médico de base, además de contar con el apoyo de este perfil de trabajadores de la salud, también cuentan con más personal que desahoga las cargas de trabajo administrativo que deben realizar los pasantes, lo que implica que puedan tener mayor intervención en procesos médicos y, por consecuencia, mayor aporte al desarrollo de sus habilidades profesionales.

Lo anterior se confirma con la opinión que tuvieron los pasantes acerca del tiempo que destinan a la consulta médica, ya que mientras el 44.7 por ciento de los que se encuentran sólo consideran que es insuficiente o muy insuficiente, el 32.4 por ciento de los que laboran en unidades con médico de base opinaron así (véase cuadro 3.3.3.1).

3.3.4. OPINIÓN DE LOS COORDINADORES EN LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD Y RESPONSABLES DEL SERVICIO SOCIAL EN MEDICINA EN LAS UNIVERSIDADES SOBRE EL DESARROLLO PROFESIONAL DE LOS PASANTES

En las entrevistas semi-estructuradas que se realizaron a los coordinadores en los SESA y a los responsables del servicio social en medicina en las universidades en cuanto al desarrollo profesional se obtuvieron diversas opiniones, alineadas al enfoque de la institución donde laboran.

Sólo coinciden en la idea de que los pasantes cuentan con los conocimientos suficientes que aplican en el servicio social. Pero en cuanto a los elementos de los cuales pueden echar mano los pasantes para

realizar sus funciones, se observan opiniones contrastantes. Mientras que los coordinadores en los SESA comentan que los médicos pasantes tienen los recursos mínimos necesarios, los responsables en las universidades señalan que existen condiciones inadecuadas en los centros de salud para que realicen sus funciones apropiadamente (véase cuadro 3.3.4.1).

Otro tema que surgió en estas entrevistas y que se considera importante resaltar tiene que ver con la idea que tienen los responsables en las universidades respecto de las restricciones legales que limitan el alcance del ejercicio de la profesión de los médicos pasantes, parecería que esto es reflejo de la heterogeneidad en la normatividad para el servicio social.

Cuadro 3.3.3.1. Distribución porcentual de los médicos pasantes según cómo consideran el tiempo que utilizan en procesos administrativos y en consulta médica y labor asistencial a la comunidad, por situación del centro de salud, 2012. (n=90).

Tiempo	Procesos administrativos		Consulta médica y labor asistencial a la comunidad	
	C.S. Médico pasante y de base	C.S. Sólo pasante	C.S. Médico pasante y de base	C.S. Sólo pasante
Muy excesivo	26.5	21.4	2.9	3.6
Excesivo	20.6	50.0	5.9	3.6
Adecuado	52.9	26.8	58.8	48.2
Insuficiente	0.0	0.0	32.4	41.1
Muy insuficiente	0.0	1.8	0.0	3.6

Fuente: Base de datos de la entrevista para médicos pasantes del servicio social, 2012.

Nota: Se destacan con **negritas** los casos en que las diferencias son más amplias y con significancia estadística. Asimismo, en todos los cuadros se sombrea con verde los casos en que las cifras son más altas en los centros de salud que cuentan con médico de base además del pasante y, con azul, las que son mayores en los centros atendidos exclusivamente por pasantes.

En cuanto a las limitantes que observan los funcionarios entrevistados para el desarrollo profesional de los pasantes, también se observan opiniones divergentes. En el caso de los coordinadores en los SESA se centran en que los pasantes se enfocan más al ámbito académico, las universidades no dan seguimiento a sus egresados y reconocen que la supervisión se enfoca más a los procesos administrativos, lo cual limita el desarrollo profesional de los pasantes.

Por su parte, los responsables en las universidades señalan como principales limitantes el exceso de cargas de trabajo y la falta de personal de apoyo (véase cuadro 3.3.4.2).

No obstante, al señalar las fortalezas del servicio social en medicina, se observan opiniones comunes entre coordinadores en los SESA y responsables en las universidades: 1) el contacto con la población les genera compromiso con ésta, 2) los hace madurar, y 3) enriquecen sus conocimientos como médicos y adquieren habilidades.

Cuadro 3.3.4.1. Resumen de las opiniones de los coordinadores en los SESA y responsables en las universidades del servicio social en medicina respecto del desarrollo profesional de los pasantes.

COORDINADORES DEL SS EN LOS SESA	RESPONSABLES DEL SS EN LAS UNIVERSIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Cuentan con conocimientos de medicina suficientes que aplican durante el servicio social.</i> • <i>Hay temas como la prevención y promoción a la salud y la normatividad de los programas en los que son capacitados por primera vez durante su SS.</i> • <i>Los SESA les proporcionan elementos para que desarrollen sus actividades:</i> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Unidad médica con lo mínimo necesario</i> ✓ <i>Escenario para adquirir confianza como médico</i> ✓ <i>Tienen una plaza</i> ✓ <i>Tienen alojamiento (cuando es necesario)</i> • <i>Se supervisa el desarrollo de su trabajo por distintas figuras: jurisdicción, responsable del SS y encargados de los programas de la SS.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Cuentan con conocimientos de medicina suficientes que aplican durante el servicio social.</i> • <i>Hay restricciones legales que limitan el alcance del ejercicio de su profesión.</i> • <i>Los procesos administrativos con los que deben cumplir les restan tiempo que podrían dedicar a estudiar, lo cual podría retroalimentar su ejercicio clínico.</i> • <i>Condiciones inadecuadas del CS, así como medicamentos y material para atender a los pacientes.</i> • <i>Las universidades les proporcionan bibliografía, casos clínicos, artículos y programas prioritarios de la SS (p.ej. La Salle, Anáhuac, Puebla, Querétaro).</i>

Fuente: Matriz de resultados de las entrevistas semi-estructuradas para responsables y coordinadores del servicio social, 2012.

Cuadro 3.3.4.2. Resumen de las opiniones de los coordinadores en la SS y responsables en las universidades del servicio social en medicina respecto de las limitantes en el desarrollo profesional de los pasantes.

COORDINADORES DEL SS EN LOS SESA	RESPONSABLES DEL SS EN LAS UNIVERSIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Descuido de la población porque los pasantes se enfocan al ámbito académico.</i> • <i>Las escuelas de procedencia no dan seguimiento y supervisión a sus egresados.</i> • <i>La supervisión prioriza los procesos administrativos hacia los pasantes, lo que limita su desarrollo profesional.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Excesiva carga de trabajo y el llenado de formatos no les permite actualizarse.</i> • <i>Falta de personal de apoyo y de un médico que supervise la atención.</i> • <i>Deserción por la inseguridad, malas condiciones del CS, depresión, acoso sexual (aunque el nivel de deserción no es muy alto).</i>

Fuente: Matriz de resultados de las entrevistas semi-estructuradas para responsables y coordinadores del servicio social, 2012.

Entre los comentarios que expresan los médicos pasantes en la entrevista semi-estructurada, se encuentran: 1) la permanencia en el centro de salud durante todo el día no les permite prepararse académicamente, 2) no están de acuerdo con la restricción para recetar medicamentos limitados al cuadro básico del primer nivel, 3) tienen un acceso limitado a material bibliográfico y a medios de

comunicación para interactuar, 4) no cuentan con elementos para proporcionar la atención "que dicen los libros", y 5) ellos deben cubrir los gastos de algunas capacitaciones.

3.4. SITUACIÓN DEL MÉDICO PASANTE EN RELACIÓN CON SU LUGAR DE TRABAJO

3.4.1. OPINIÓN DE LOS PASANTES SOBRE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO

En lo que se refiere a la situación en la que se encuentran las unidades en cuanto a infraestructura y equipamiento, se pidió a los pasantes que opinaran al respecto.

En cuanto al abasto de medicamentos, por tipo de unidad médica se observa una situación contrastante: por un lado, en las unidades donde laboran médicos de base hay un porcentaje mayor que opina que tiene un abasto total (26.5 vs. 14.3 por ciento en donde sólo atienden pasantes); por otro lado, el desabasto total o parcial fue declarado por el 26.4 por ciento de los pasantes que están asignados a un centro donde también hay un médico de base mientras que esta situación la declara sólo el 17.9 por ciento de quienes están en unidades atendidas exclusivamente por ellos (véase cuadro 3.4.1.1.). Planteado de manera sintética: en los centros atendidos sólo por pasantes el abasto es más uniforme, concentrado en buena medida en la categoría de "abasto parcial", mientras que en los que también hay médico de base se observan más frecuentemente situaciones extremas, de "abasto total" a "desabasto total o parcial".

Aunado a lo anterior, también debe considerarse que los pasantes que no tienen apoyo de un médico de base consideran que la frecuencia con la que enfrentan los problemas de desabasto de medicamentos es mayor (46.5 por ciento), en comparación con los que si tienen apoyo de los médicos de base (38.2 por ciento).

Cuadro 3.4.1.1. Distribución porcentual de los médicos pasantes según su opinión acerca del abasto de medicamentos, por situación del centro de salud, 2012. (n=90).

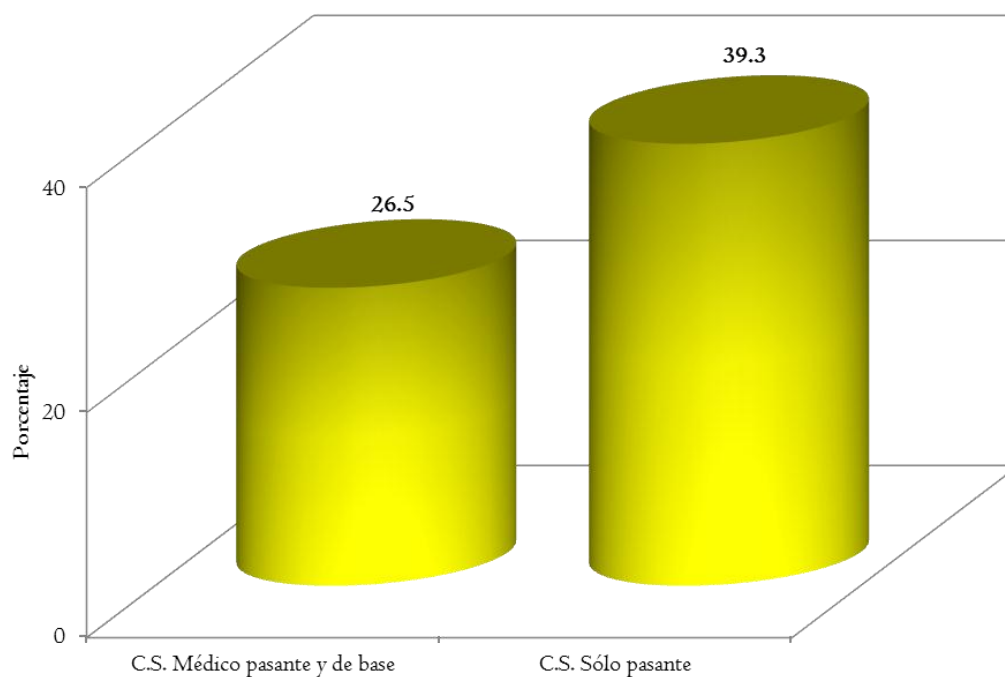
Abasto de medicamentos	C.S. Médico pasante y de base	C.S. Sólo pasante
Abasto Total	26.5	14.3
Abasto Parcial	47.1	67.9
Desabasto Parcial	23.5	17.9
Desabasto Total	2.9	0.0

Fuente: Base de datos de la entrevista para médicos pasantes del servicio social, 2012.

Nota: Se destacan con negritas los casos en que las diferencias son más amplias y con significancia estadística. Asimismo, en todos los cuadros se somborean con verde los casos en que las cifras son más altas en los centros de salud que cuentan con médico de base además del pasante y, con azul, las que son mayores en los centros atendidos exclusivamente por pasantes.

Una situación similar ocurre cuando se les pregunta si consideran adecuada o no la infraestructura con la que cuentan las unidades donde labora, ya que en este caso también es mayor la proporción de los que opinan que no cuentan con la infraestructura necesaria en donde atienden sólo ellos con respecto a los centros que cuentan con el apoyo de un médico de base (véase gráfica 3.4.1.1).

Gráfica 3.4.1.1. Porcentaje de los médicos pasantes que opinaron que la infraestructura en la unidad no es adecuada para brindar la atención requerida, por situación del centro de salud, 2012. (n=90).



Fuente: Base de datos de la entrevista para médicos pasantes del servicio social, 2012.

3.4.2. SITUACIÓN DEL ABASTO DE MEDICAMENTOS

Para complementar la opinión de los pasantes respecto del abasto de medicamentos y contar con una referencia sólida sobre la disponibilidad de éstos con base en el cuadro básico para el primer nivel, se utilizó una lista de cotejo de 216 medicamentos para conocer su existencia o no en la unidad al momento de la visita.

El promedio de medicamentos en existencia fue de 92, esto es poco menos del 43.0 por ciento de los 216 listados. Por tipo de unidad, el promedio fue menor en aquéllas con sólo pasante respecto de las que cuentan con médico de base.

Por entidad federativa, encontramos que en 6 de las 10 visitadas, el promedio de medicamentos de la lista de cotejo era ligeramente mayor en las unidades con médico de base que en las que cuentan sólo con pasante (véase cuadro 3.4.2.1).

Para tratar de analizar la información con un nivel de exigencia menor, internamente se realizó una selección de 132 medicamentos que consideramos como mínimos indispensables (aun reconociendo que los 216 del cuadro básico son todos necesarios). El listado de estos 132 medicamentos puede verse en el Anexo 2. Con base en esta lista de medicamentos seleccionados se obtuvo un promedio de 77, lo que representa el 58.0 por ciento de los 132 seleccionados. En este caso el promedio resultó también menor en los centros de salud con sólo pasante, en comparación con los que cuentan con médico de base (véase cuadro 3.4.2.2).

Los tipos de medicamentos que se encontraron con mayor frecuencia son los que se utilizan en el tratamiento de enfermedades infecciosas y parasitarias particularmente en adultos, mientras que los

encontrados con menor frecuencia fueron los antihelmínticos, laxantes y antidiarréicos tanto para adultos como para niños (véanse cuadros 3.4.2.3 y 3.4.2.4).

Cuadro 3.4.2.1. Promedio de medicamentos encontrados según entidad federativa, por situación del centro de salud ⁽¹⁾

<i>Estado</i>	<i>Lista de cotejo (216)</i>			
	<i>C.S. Médico pasante y de base</i>	<i>%</i>	<i>C.S. Sólo pasante</i>	<i>%</i>
<i>Zacatecas</i>	116	53.7	122	56.5
<i>Guanajuato</i>	113	52.3	116	53.7
<i>Querétaro</i>	121	56.0	108	50.0
<i>Morelos</i>	101	46.8	102	47.2
<i>Jalisco</i>	112	51.9	96	44.4
<i>Colima</i>	100	46.3	97	44.9
<i>Hidalgo</i>	80	37.0	71	32.9
<i>Yucatán</i>	75	34.7	64	29.6
<i>Coahuila</i>	88	40.7	50	23.1
<i>Nayarit</i>	62	28.7	63	29.2
Total	96	44.4	89	41.2

1) La lista de cotejo que se utilizó sólo medía si el medicamento estaba o no disponible en el centro de salud, no así la cantidad en existencia.

Fuente: Base de datos de la lista de cotejo de medicamentos, 2012.

Cuadro 3.4.2.2. Promedio de medicamentos seleccionados de la lista de cotejo y encontrados según entidad federativa, por situación del centro de salud ⁽¹⁾

<i>Estado</i>	<i>Medicamentos seleccionados (132)</i>			
	<i>C.S. Médico pasante y de base</i>	<i>%</i>	<i>C.S. Sólo pasante</i>	<i>%</i>
<i>Zacatecas</i>	95	72.0	103	78.0
<i>Guanajuato</i>	97	73.5	95	72.0
<i>Querétaro</i>	94	71.2	83	62.9
<i>Jalisco</i>	95	72.0	82	62.1
<i>Colima</i>	85	64.4	82	62.1
<i>Morelos</i>	82	62.1	82	62.1
<i>Hidalgo</i>	69	52.3	63	47.7
<i>Yucatán</i>	68	51.5	58	43.9
<i>Coahuila</i>	74	56.1	43	32.6
<i>Nayarit</i>	56	42.4	54	40.9
Total	80	60.6	74	56.1

1) Medicamentos seleccionados de la lista de cotejo considerados como mínimos e indispensables.

Fuente: Base de datos de la lista de cotejo de medicamentos, 2012.

Cuadro 3.4.2.3. Medicamentos encontrados con mayor frecuencia, por situación del centro de salud ⁽¹⁾

Medicamento	Área de acción	Grupo de población	Situación del médico responsable del CS	
			C.S. Médico pasante y de base %	C.S. Sólo pasante %
Trimetoprima con sulfametoxazol, Tabletas	Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	Adultos	97.1	96.2
Acido Fólico, Tabletas	Nutriología	Mujeres prenatal	94.1	94.3
Bencilpenicilina Procaínica con Bencilpenicilina cristalina, Polvo para suspensión inyectable	Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	Adultos	97.1	92.5
Captopril, Tabletas	Cardiología	Adultos	100.0	90.6
Trimetoprima con sulfametoxazol, Suspensión oral	Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	Niños	94.1	94.3
Salbutamol, Suspensión aerosol	Neumología	Niños	85.3	98.1
Butilhioscina, Solución inyectable	Gastroenterología	Adultos	94.1	90.6
Metronidazol, Tabletas	Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	Adultos	97.1	88.7
Miconazol, Crema	Dermatología	Adultos	94.1	88.7

1) La lista de cotejo que se utilizó sólo media si el medicamento estaba o no disponible en el centro de salud, no así la cantidad en existencia.

Fuente: Base de datos de la lista de cotejo de medicamentos, 2012.

Cuadro 3.4.2.4. Medicamentos encontrados con menor frecuencia, por situación del centro de salud ⁽¹⁾

Medicamento	Área de acción	Grupo de población	Situación del médico responsable del CS	
			C.S. Médico pasante y de base %	C.S. Sólo pasante %
Dimenhidrinato, Tabletas	Tratamiento de náuseas, vómito o mareo	Adultos	2.9	5.7
Diyodohidroxiquinoleína, Suspensión	Antidiarréico (amibiasis)	Niños	0.0	7.5
Prazicuantel, Tabletas	Antihelmíntico	Adultos	2.9	5.7
Glicerina, Supositorio adulto	Laxante	Adultos	0.0	3.8
Menadiona, Tabletas		Adultos	2.9	0.0
Nitazoxanida, Tabletas o Grageas	Antidiarréico	Adultos	0.0	1.9
Benzonatato, Supositorio	Antitusivo	Niños	0.0	0.0
Glicerina, Supositorio infantil	Laxante	Niños	0.0	0.0
Nitazoxanida, Suspensión oral	Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	Niños	0.0	0.0

1) La lista de cotejo que se utilizó sólo media si el medicamento estaba o no disponible en el centro de salud, no así la cantidad en existencia.

Fuente: Base de datos de la lista de cotejo de medicamentos, 2012.

3.4.3. EQUIPAMIENTO

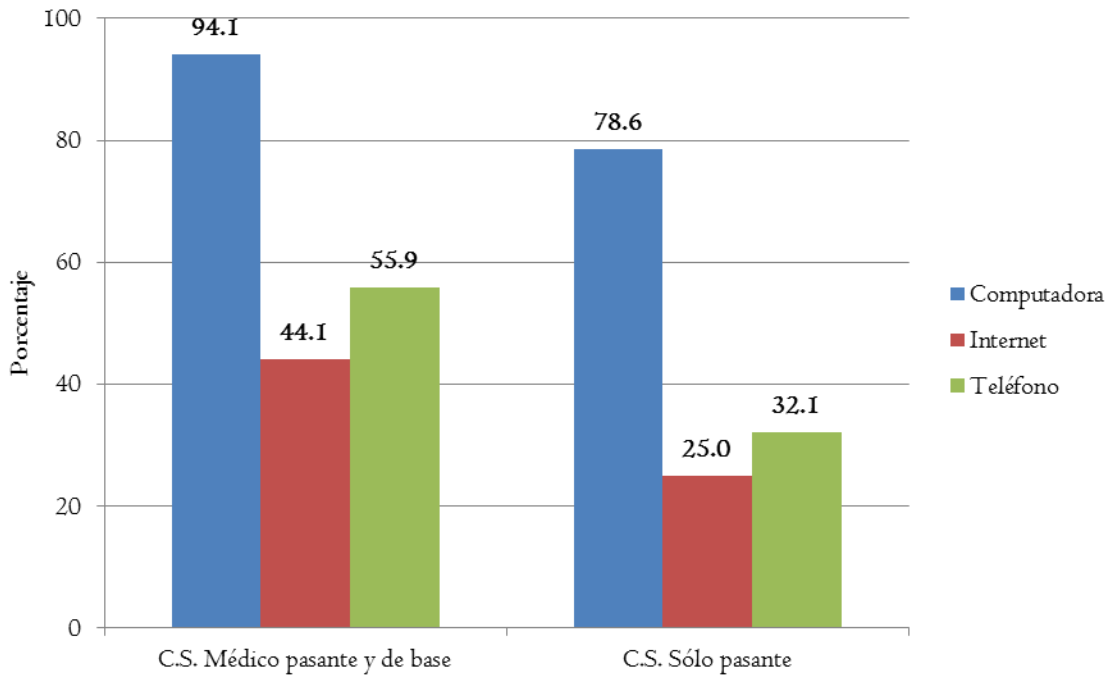
También para complementar la opinión de los pasantes sobre el equipamiento de las unidades donde laboran, se cotejó una serie de elementos necesarios para el buen funcionamiento de cada una de las áreas disponibles en la unidad.

Para servicios generales se consideraron 21 elementos.² De éstos, tanto las unidades con médico de base como las que cuentan con sólo pasante, tuvieron 16 en promedio.

Por lo que se refiere a servicios de comunicación, observamos que las unidades con médico de base están mejor equipadas ya que la proporción que cuenta con computadora, internet o teléfono es mayor respecto de las unidades con sólo pasantes (véase gráfica 3.4.3.1.)

En la actualidad el hecho de que exista una proporción importante de unidades con sólo pasante que no disponen de este tipo de servicios de comunicación, hace más vulnerable la rapidez con la que pueda darse respuesta a urgencias médicas e incluso al seguimiento de pacientes según la normatividad establecida, ya que la consulta de este tipo de documentos se hace más expedita particularmente a través de internet.

Gráfica 3.4.3.1. Porcentaje de unidades que disponen de computadora, internet y teléfono, por situación del centro de salud, 2012. (n=90).



Fuente: Base de datos de la lista de cotejo de equipamiento, 2012.

Para establecer el nivel de equipamiento de las unidades, se consideró conveniente determinar el número de unidades que cuentan con las áreas específicas para atención de urgencia y para atención de

² Estos elementos se pueden consultar en la lista de cotejo correspondiente integrada al Anexo II de este documento.

partos, debido a la demanda de estos servicios. Encontramos que de los 90 centros de salud visitados, en 77 de ellos existía un área de urgencias.

Sin embargo, es de resaltar el hecho de que en ninguna unidad con médico de base que contaba con el área de urgencias disponía de la totalidad del equipo necesario, y en sólo una con atención exclusiva de pasante se disponía de la totalidad de éste. En promedio se encontraron 10 de los 17 elementos considerados necesarios para dicha área (véase cuadro 3.4.3.1).

En cuanto al área de atención de partos la situación no fue distinta, de los 90 centros visitados, sólo 28 contaban con el área, y todas las unidades que disponían de ésta no contaban con la totalidad del equipo necesario. En este caso el promedio de elementos encontrados fue de 12, de los 28 incluidos en la lista de cotejo (véase cuadro 3.4.3.1).

Una reflexión al respecto hecha por los pasantes, y que refuerza la situación percibida de falta de equipamiento en las unidades, es que dentro de las fortalezas que encuentran en el servicio social es que “adquieren habilidades para diagnosticar con recursos limitados”. Sin embargo, las repercusiones en cuanto a la calidad de la atención pueden ser severas.

Cuadro 3.4.3.1. Equipamiento de áreas exclusivas de urgencias y atención a partos, por situación del centro de salud, 2012. (n=90).

<i>Área de urgencias</i>	<i>C.S. Médico pasante y de base</i>	<i>C.S. Sólo pasante</i>
<i>Cuentan con el área</i>	<i>30</i>	<i>46</i>
<i>Cuentan con todo el equipo (17)</i>	<i>0</i>	<i>1</i>
<i>Media del equipo</i>	<i>10.5</i>	<i>10.9</i>
<hr/>		
<i>Área de atención a partos</i>	<i>C.S. Médico pasante y de base</i>	<i>C.S. Sólo pasante</i>
<i>Cuentan con el área</i>	<i>13</i>	<i>15</i>
<i>Cuentan con todo el equipo (28)</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>Media del equipo</i>	<i>12.4</i>	<i>12.2</i>

Fuente: Base de datos de la lista de cotejo de equipamiento, 2012.

3.4.4. OPINIÓN SOBRE LA SITUACIÓN DE SEGURIDAD EN LOS CENTROS DE SALUD

Los centros de salud se han visto también inmersos en la problemática de inseguridad que vive el país. Por ello, es uno de los temas sobre los cuales solicitamos la opinión de los pasantes. En general, cuando les pedimos que dieran una calificación a la comunidad donde se encuentran realizando su servicio social

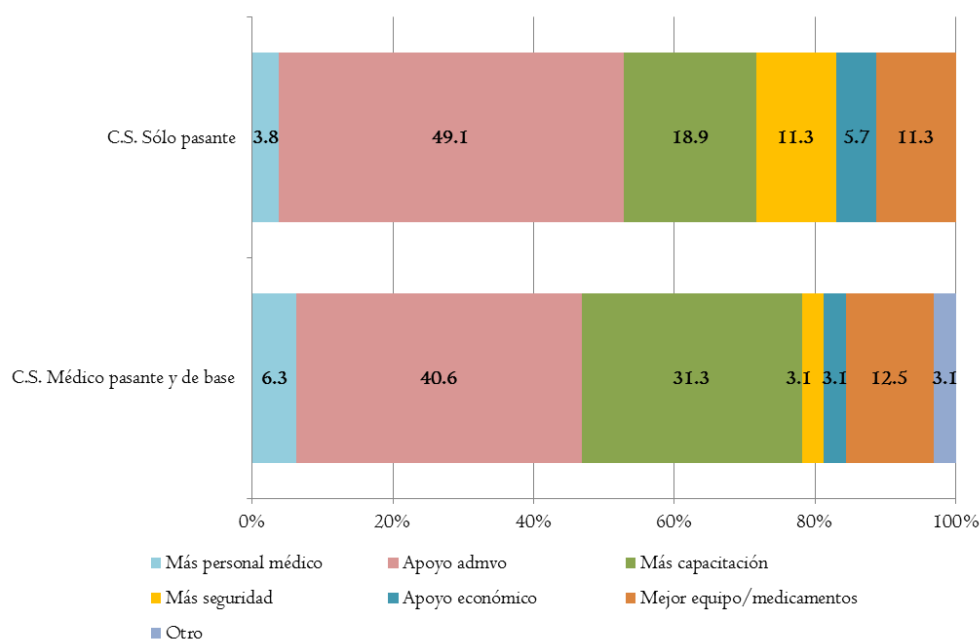
en términos de seguridad, en una escala de 0 a 10, los pasantes otorgan calificaciones superiores a 5. Sin embargo, el promedio fue de 7, sin encontrar diferencias importantes entre unidades con médico de base y unidades con sólo pasante.

Los coordinadores en los SESA y los responsables en las universidades también fueron cuestionados al respecto, coincidieron en que toman en cuenta las situaciones de inseguridad para limitar la llegada de pasantes a los sitios donde las tienen reportadas, pero que consideran importante que se refuerce con vigilancia a las unidades médicas donde es necesario para continuar con su operación.

3.4.5. SUGERENCIAS DE MEJORAS AL SERVICIO SOCIAL EN MEDICINA

En cuanto a sugerencias de mejoras al servicio social, las que fueron expresadas en mayor medida por los médicos pasantes son, en orden de importancia: i) dotarlos de más apoyo administrativo -o en su defecto reducir el número de formatos que se deben llenar-; esta sugerencia fue expresada en mayor medida por los pasantes asignados a unidades en las que sólo ellos proporcionan la atención (casi la mitad de ellos la mencionó); ii) proporcionarles capacitación focalizada en aspectos médicos y de mejor calidad; y iii) mejorar el equipamiento de la unidad y el abasto de medicamentos. El orden de importancia de otras sugerencias es distinto por tipo de centro: en donde sólo atienden pasantes, mejorar las condiciones de seguridad en el lugar de trabajo e incrementar el apoyo económico fueron sugerencias manifestadas por una proporción importante de los pasantes; en cambio, en las unidades donde también hay algún médico de base, la sugerencia que siguió en orden de importancia fue la de contar con más personal médico³ (véase gráfica 3.4.5.1.).

Gráfica 3.4.5.1. Distribución porcentual de los médicos pasantes según categorías de sugerencias que formularon para mejorar el servicio social, por situación del centro de salud, 2012. (n=84).



Fuente: Base de datos de la entrevista para médicos pasantes del servicio social, 2012.

³ Esta última sugerencia podría parecer paradójica.; una posible hipótesis para explicarla sería que en este tipo de centros la demanda de atención (en términos relativos al tamaño y área de influencia de la unidad) podría ser mayor en promedio que en las unidades en donde sólo los pasantes proporcionan la atención. En este estudio no se indagó sobre las causas de estas sugerencias, pero sería posible realizar un análisis ulterior sobre el número de consultas totales en cada centro y el personal con el que se cuenta para confirmar o rechazar esta hipótesis.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES

A manera de síntesis, de lo presentado en este documento pueden resaltarse los siguientes puntos, asociados a los tres primeros objetivos específicos del estudio:

Objetivo 1. *Establecer si la calidad de los servicios médicos en los centros de salud atendidos exclusivamente por pasantes es diferente de la que se brinda en centros de salud que cuentan con médico titulado.*

El principal hallazgo es que la calidad de los servicios sí es diferente y, en general, desfavorable en los centros de salud atendidos exclusivamente por pasantes.

La calidad de los servicios debe apreciarse desde tres puntos de vista: i) el de la institución (en este caso la SS), en relación con el grado de apego a las normas y procedimientos establecidos -una faceta importante de este punto de vista se ha obtenido aquí a través del cotejo de expedientes y de equipamiento y medicamentos; ii) el de los prestadores de servicios, en este caso de los pasantes, y iii) el de los usuarios.

En cuanto al primer punto, de la revisión de expedientes se ha observado en este estudio que para los primeros dos rastreadores, diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, la mayor parte de los indicadores son más desfavorables en los centros de salud atendidos exclusivamente por pasantes. En especial, se observan expedientes menos completos en los rubros que se relacionan con la disponibilidad de equipo básico y con la realización de (o referencia para) exámenes de laboratorio. Los puntos en los que este tipo de centros muestran indicadores más positivos son algunos relativos a la orientación a los pacientes, como es el caso de las recomendaciones para evitar el consumo de alcohol y de tabaco.

En lo que se refiere al control prenatal, la situación observada tiende a ser también más favorable en las unidades de salud en las que, además del pasante, se cuenta con al menos un médico de base. Pero aquí esta diferencia es menos pronunciada: algunas acciones básicas, como determinar el tamaño del feto, valorar los cambios producidos en él, así como la cantidad de líquido amniótico se registran en mayor medida en los centros atendidos sólo por pasantes. Aunque, nuevamente, la realización de exámenes de laboratorio, ultrasonido, e incluso la detección de signos y síntomas de alarma es menor en este tipo de centros.

Podría decirse entonces que la menor calidad del servicio, desde este punto de vista institucional, se relaciona con una disponibilidad de equipamiento más limitada y con una menor accesibilidad a laboratorios.

Aunque no es parte de los propósitos de este estudio, no debe dejar de hacerse notar que, aun en los centros de salud que cuentan con médico de base además de pasantes, el grado de satisfacción con la calidad, desde el punto de vista de la institución, no podría establecerse en un nivel alto; algunas acciones básicas, como por ejemplo el examen de fondo de ojo a pacientes diabéticos o los exámenes de laboratorio a embarazadas establecidos en la normatividad, no se registran con la amplitud que sería deseable. Y se considera pertinente hacer esta mención, porque no sería conveniente pensar que las limitaciones de las unidades atendidas sólo por pasantes son ajenas a la problemática general de la

organización de los servicios. Debe considerarse, además, que dentro de la red de servicios estas unidades en general están más aisladas geográficamente.

El segundo punto de vista es el de los propios pasantes. Y en este caso la situación observada también es desfavorable a los centros de salud atendidos exclusivamente por ellos. Destacan tres puntos declarados por los pasantes: i) una mayor carga de trabajo administrativa (en especial el llenado de formatos) y, por tanto, menor proporción de tiempo que se puede dedicar a la atención de la población (el 71.4 por ciento de los que laboran en unidades con sólo pasantes piensan que el tiempo dedicado a procesos administrativos es excesivo o muy excesivo, en tanto que el 47.1 por ciento de los que laboran en unidades con médico de base lo consideran así); ii) una menor disponibilidad de equipamiento y medicamentos (en particular, declaran que enfrentan problemas de desabasto con mayor frecuencia); y iii) menor acceso a teléfono e internet, que consideran que podría ser de ayuda para mejorar su capacidad de respuesta, por su posible vinculación con otras unidades de salud y con áreas administrativas y, en general, por su acceso a posibles apoyos.

En cambio, la perspectiva de los usuarios favorece a los centros de salud atendidos sólo por pasantes; todos los indicadores captados son más positivos en este tipo de unidades. Destaca sobre todo la diferencia -entre los dos tipos de unidades- en cuanto a las explicaciones que los usuarios reciben de los pasantes. Esta situación es altamente positiva. Es posible (aunque no comprobable en este estudio) que en buena medida pueda deberse a la mayor cercanía que se logra establecer entre el médico y el paciente debido al menor tamaño promedio de las comunidades en donde se ubican estos centros.

Aun considerando esta última perspectiva, se considera aquí -como se mencionó desde un inicio- que la ponderación de los diferentes factores favorece a las unidades en donde se cuenta también con un médico de base. Esta conclusión se basa en considerar que: i) el resultado positivo de las intervenciones (que el paciente mantenga un buen estado de salud) tiene un mayor peso que la satisfacción del usuario durante el proceso, y ii) que la experiencia en este tipo de estudios ha mostrado que la población que se encuentra en una situación socioeconómica más desfavorable tiende a declarar niveles más altos de satisfacción con los servicios que tiene a su alcance; dicho en términos llanos, es una población menos exigente.

Objetivo 2. *Caracterizar los esquemas de capacitación y supervisión que se ponen en práctica en los centros de salud atendidos exclusivamente por pasantes para identificar áreas de oportunidad.*

De lo que ya se ha mencionado en este documento en cuanto a capacitación, puede destacarse lo siguiente:

- Casi la cuarta parte de los pasantes declara que no recibió capacitación antes de su llegada al centro de salud (aun cuando los coordinadores de pasantes en los SESA y los responsables de servicio social en las universidades declaran que los capacitan). No hay diferencias entre los dos tipos de unidades; es una problemática que debe atenderse para los pasantes en general.
- La calificación que los pasantes dan a la capacitación en ambos tipos de unidades es baja (6 sobre 10).
- Las capacitaciones son más amplias para los pasantes que estarán solos a cargo de los centros.
- Consisten mayormente en instrucciones para el llenado de formatos.

En cuanto a la supervisión, destaca que:

- En ambos tipos de unidades reciben visitas de supervisión de la jurisdicción, de la coordinación de pasantes y de los responsables de programas de la SS.
- Los funcionarios entrevistados reconocen que estas supervisiones se centran en procesos administrativos.
- Los pasantes que fueron asignados a una unidad en donde el responsable es un médico de base reportan una mayor ganancia en términos de su formación médica, lo que resalta la importancia que tiene para los pasantes el contar con este apoyo que, por lo mencionado en el punto anterior, les aporta elementos más sustanciales que las visitas formales del esquema de supervisión. Este mayor beneficio para su desarrollo profesional se obtiene no sólo por el hecho de que cuenten con tutores (los médicos de base), sino porque en estos centros tienen más posibilidades de emplear su tiempo en la atención médica en mayor medida que en procesos administrativos
- Los responsables de servicio social en las universidades declaran que también los supervisan pero, de acuerdo con las entrevistas realizadas, esta supervisión consiste más bien en mantenerse al tanto de su situación personal. Los coordinadores de pasantes de los SESA expresan que las universidades no dan seguimiento a sus egresados.

Algunas de las áreas de oportunidad que pueden mencionarse son las siguientes:

- i. Supervisión que capacite. Desde hace tiempo la SS y los SESA han reconocido la importancia de que la supervisión tenga este carácter en los servicios en general (no sólo donde atienden pasantes), pero ha sido difícil de implementar de manera generalizada. Sin embargo, se considera que en este caso se puede encontrar un área de oportunidad ya que, además de las visitas jurisdiccionales, estatales y de la SS, se cuenta aquí con la figura de la Coordinación de Pasantes. Si se reforzara esta Coordinación, en los casos que se requiera, para realizar visitas de supervisión con el fin explícito de incrementar la capacidad resolutive y capacitar a los pasantes sobre aspectos sustantivos se obtendría una ganancia importante en la calidad de la atención y en la formación médica de los pasantes.
- ii. Dado que sería difícil ampliar el tiempo dedicado a la capacitación previa al momento en que los pasantes llegan a las unidades de salud, y que en buena medida este tiempo tiene que ser dedicado al llenado de formatos, una posibilidad que sería conveniente valorar es que, una vez que se conozca cuál es su asignación, los SESA envíen información básica acerca del entorno y de las condiciones epidemiológicas de las zonas y que, con ello, las universidades proporcionen capacitación o asesoría a sus alumnos sobre los temas médicos procedentes.
- iii. Mayores posibilidades de comunicación. Sólo una tercera parte de las unidades atendidas exclusivamente por pasantes cuentan con teléfono y una cuarta parte con internet. Estos son medios que, como lo han mencionado los pasantes, podrían ayudarlos a obtener apoyo para resolver de mejor manera las situaciones que enfrentan. En los casos en los que no se considere viable ampliar el acceso a estos medios, la SS y diversos SESA cuentan ya con la experiencia de utilizar radio transmisores que han sido de utilidad para diferentes estrategias de prestación de servicios (en especial las que han recurrido a unidades móviles).

Objetivo 3. *Establecer si el abasto de insumos y equipamiento en los centros de salud atendidos exclusivamente por pasantes es adecuado para el desempeño de sus funciones.*

En los centros de salud atendidos sólo por pasantes, éstos manifiestan mayor insatisfacción con la infraestructura de la unidad en general y mayor frecuencia de desabasto de medicamentos. Asimismo, de acuerdo con las listas de cotejo aplicadas, en este tipo de unidades se encontró un menor número de claves de medicamentos en existencia que en las unidades en donde hay un médico de base. En cuanto al equipamiento médico no se encontraron diferencias pero, como ya se mencionó, la disponibilidad de teléfono, computadora e internet sí es menor en donde atienden sólo los pasantes.

Es posible afirmar (haciendo referencia al enunciado del objetivo) que el abasto de insumos y el equipamiento en los centros de salud atendidos exclusivamente por pasantes no es adecuado para el desempeño de sus funciones; disponen de menos de la mitad de los medicamentos establecidos en el cuadro básico para primer nivel y cuentan con aproximadamente la mitad del equipo que, para este estudio, se consideró como necesario para este tipo de unidades.

Lo que también debe hacerse notar es que estas carencias se observan de modo similar en las unidades donde el responsable es un médico de base, en la mayoría de los casos en menor medida que en los otros centros, pero en cualquier caso en niveles insatisfactorios. Al igual que se mencionó para el objetivo 1, no sería conveniente pensar que las limitaciones de las unidades atendidas sólo por pasantes son ajenas a la problemática general de la organización de los servicios.

Una reflexión hecha por los pasantes respecto a las carencias detectadas es que dentro de las fortalezas que encuentran en el servicio social es que “adquieren habilidades para diagnosticar con recursos limitados”. Sin embargo, las repercusiones en cuanto a la calidad de la atención pueden ser severas

En este punto no se considera adecuado tratar de mencionar aquí “áreas de oportunidad”; se utilizaría el término sólo como un eufemismo. Se trata de un problema crónico de los SESA, que no debe justificarse, que debe solucionarse y sobre el cual la SS debe ejercer con mayor fuerza sus atribuciones normativas, de apoyo a la gestión de recursos y, sobre todo, de supervisión y evaluación de los servicios de salud que prestan los gobiernos estatales.

Por último, en relación con los medicamentos, no debe dejar de destacarse algo que fue expresado reiteradamente por los pasantes, aunque es un tema que excede a los objetivos de este estudio: desde su punto de vista, es necesario revisar el cuadro básico de medicamentos de primer nivel. Expresan que están actualizados sobre los medicamentos más adecuados que deberían prescribirse y que no están incluidos en dicho cuadro. Este es un punto cuya pertinencia requiere de un análisis ulterior, pero que es conveniente dejar asentado.

4.2. RECOMENDACIONES

En relación con el **Objetivo 4.** *Identificar las principales áreas de oportunidad para mejorar el desempeño de los centros de salud atendidos exclusivamente por pasantes,* ya en el apartado anterior se mencionaron algunas áreas de oportunidad. En éste se complementan con algunas recomendaciones de carácter más general.

El Servicio Social en Medicina sigue siendo un componente básico de la prestación de servicios de salud que los SESA proporcionan en áreas marginadas y dispersas del país. Por ello, su diseño, implantación y operación requieren de una amplia revisión y actualización para cumplir con el propósito original que le

dio origen hace más de siete décadas: el acceso y disponibilidad de servicios de salud con calidad para las poblaciones indígenas y rurales, así como el fortalecimiento de la formación médica profesional.

Ante la planeación que la SS está desarrollando para una nueva política pública en torno al servicio social en medicina, consideramos conveniente tomar en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Asegurar que los pasantes se ubiquen en unidades que estén integradas a la red estatal de prestación de servicios.

La capacidad resolutoria de las unidades de salud que son atendidas exclusivamente por pasantes en ocasiones se ve limitada, entre otros factores, por la imposibilidad práctica de referir a los usuarios a servicios cercanos para estudios de laboratorio y, en general, a servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento e incluso para realizar referencias y a otras unidades de salud.

- Revisar los criterios para la asignación de plazas.

Los pasantes que se asignan a las zonas más alejadas y marginadas no son necesariamente los mejor capacitados, debido a que esta asignación se da por promedios en la carrera. Este criterio no parece ser acorde con el de “discriminación positiva” que debería prevalecer para contrarrestar las desigualdades que existen en el país.

- Establecer convenios formales de colaboración entre la federación, los estados y las universidades.

Por una parte, se observa una asignación en ocasiones inequitativa de las plazas entre las universidades que ofertan el servicio social en medicina, lo cual podría subsanarse estableciendo reglas claras y formalizadas. Por otra parte, el establecer convenios sería uno de los elementos centrales para la implementación de una política nacional más sólida para la formación de estos recursos humanos.

- Generar un catálogo de sedes del servicio social en medicina de acuerdo con regiones prioritarias.

Este catálogo, al focalizar la ubicación de las sedes y evitar variaciones frecuentes de acuerdo con criterios coyunturales, ayudaría a aumentar la factibilidad de implementar varias de las recomendaciones anteriores y, también, a incrementar los beneficios del servicio social tanto a las comunidades como a los propios pasantes e incluso a la red de servicios.

- Otorgar un mayor incentivo económico a los pasantes.

El estudio permitió corroborar que el incentivo actual no posibilita el sostenimiento de los pasantes. Para implementar esta sugerencia, sería conveniente no considerarla de modo aislado: para que el incentivo constituya realmente una inversión, con un retorno social y económico adecuados, debe considerarse que los pasantes constituyen un elemento muy importante dentro de la red de servicios; por ello, si solamente se incrementara el incentivo económico y no se resolvieran otros puntos mencionados anteriormente (equipamiento, medicamentos, integración a la red) solo se estaría generando un gasto que, aunque por sí mismo sería justo, no constituiría realmente una inversión que garantizara mejores resultados.

- Aunque esta recomendación sea reiterativa, hay que insistir en que es necesario asegurar que las unidades de salud que serán atendidas por pasantes cumplan al menos con las condiciones mínimas requeridas.

En particular, disponer del equipamiento y los medicamentos básicos no sólo mejoraría la calidad de la atención sino que ayudaría a garantizar la formación académica de los pasantes. En este sentido, sería de la mayor importancia asegurar la aplicación de la cédula de evaluación de los centros de salud que ha desarrollado la SS, y que se planea aplicar para certificar que los centros de salud a los que serán asignados los pasantes cuenten con el equipamiento mínimo necesario.

Derivado de las reuniones de presentación de resultados preliminares con los funcionarios de la Secretaría de Salud a continuación se describen algunas recomendaciones complementarias.

- Motivar a que la comunidad sea corresponsable del buen funcionamiento de sus centros de salud.

Del conjunto de actores involucrados (SS, personal de las instituciones de salud en diferentes niveles, universidades), no se han hecho esfuerzos suficientemente sistemáticos, en particular en los Servicios Estatales de Salud, para asegurar el involucramiento de la comunidad en el funcionamiento de sus unidades.

- Tomar en cuenta el presente diagnóstico para el planteamiento de objetivos estratégicos del Programa Sectorial de Salud 2013–2018.

Ésta es una particular área de oportunidad. El programa de la nueva administración no debe dejar de considerar, de manera expresa, la importancia del servicio social para la formación médica y el hecho de que los pasantes son piezas clave en el conjunto de recursos humanos para la prestación de los servicios.

- Fortalecer el papel de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud (CIFRHS) y de las Comisiones Estatales para la definición e implementación de una política nacional para formación de recursos humanos de pregrado.

En relación con los médicos en servicio social, la labor más importante que ha realizado la CIFRHS es la relacionada con el examen para residencia. Sin embargo, es indispensable que tome un papel de liderazgo en la formulación de una política para la formación de los recursos humanos de pregrado. De igual manera, para la definición e implementación de dicha política, debe reforzarse el papel de las Comisiones Estatales.

- Fortalecer el papel de la SS como institución responsable de la normatividad, la evaluación, la supervisión y la gestión de recursos.

Cualesquiera que sean las medidas que se decida tomar para mejorar el servicio social, en cuanto a su papel en el desarrollo profesional del médico y a la calidad de la atención a la población, su éxito dependerá en buena medida de la capacidad de la SS para gestionar los recursos financieros necesarios y, sobre todo, para procurar su adecuada aplicación, ejerciendo las atribuciones que por ley tiene asignadas, en particular las de supervisar y evaluar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Cenetec. [En línea]: Nuevo catálogo maestro de guías de práctica clínica. [México]: Disponible en: <<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>> [Consulta: 23 de julio, 2012].
2. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención. México: Secretaría de Salud; 2008. [En línea]. Nuevo catálogo maestro de guías de práctica clínica. [México]: Disponible en: <<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>> (24 de julio. 2012)
3. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Metas de control ambulatorio y referencias oportunas de la Diabetes Tipo 2 en el primer nivel de atención. (En línea). Secretaría de Salud; 2008. Nuevo catálogo maestro de guías de práctica clínica. [México]: Disponible en: <<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>> (24 de julio. 2012)
4. Guía de Práctica Clínica para el Control prenatal con enfoque de riesgo. (En línea). Secretaría de Salud; 2008. Nuevo catálogo maestro de guías de práctica clínica. [México]: Disponible en: <<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>> (24 de julio. 2012).
5. NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. [En línea]. Secretaría de Salud: Disponible en <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>> [Consulta 4 de noviembre de 2012].
6. NOM-015-SSA2-1994, "Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes en la atención primaria. [En línea]. Secretaría de Salud: Disponible en <<http://web.ssaver.gob.mx/obesidad/files/2012/02>>[Consulta 30 de octubre de 2012]
7. NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. [En línea]. Secretaría de Salud: Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/> [Consulta 4 de noviembre de 2012].
8. López Bárcena Joaquín, González de Cossio Marcela, Velasco Martínez Mónica. Servicio Social de Medicina en México. Factibilidad del cumplimiento académico en el área rural [En línea]. Disponible en: <<http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no47-5/RFM47502.pdf>> [Consulta 18 de noviembre del 2012]
9. Presidencia de la República. [En línea]: Plan Nacional de Desarrollo. [México]: Disponible en: <http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/pdf/PND_2007-2012.pdf> [Consulta: 20 de julio, 2012].
10. Unidades del primer nivel de atención en los servicios estatales de salud. Evaluación 2008. Secretaría de Salud (En línea). [México]: Disponible en: <<http://dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/reporte-9junio.pdf>> [Consulta 5 de noviembre del 2012].
- I I. Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos 2011. Consejo de Salubridad General (En línea). [México]: Disponible en: <http://www.csg.salud.gob.mx/descargas/pdfs/cuadro_basico/medicamentos/Ed2011CByCM_1a.pdf> [Consulta 9 de noviembre del 2012].

ANEXO 1. MUESTRA FINAL DE LAS UNIDADES VISITADAS

Entidad	Municipio	Cve. Loc.	Localidad	Clinica	Clues
Coahuila,Zaragosa	Francisco I. Madero	0014	La Coruña	05-009-1	CLSSA000260
Coahuila,Zaragosa	Francisco I. Madero	0028	Lequeitio	05-009-2	CLSSA000284
Coahuila,Zaragosa	Matamoros	0046	Santo Niño A guanaval	05-017-1	CLSSA000511
Coahuila,Zaragosa	San Pedro	0031	Gabino Vázquez (Begoña)	05-033-1	CLSSA001462
Coahuila,Zaragosa	San Pedro	0062	El Retiro	05-033-2	CLSSA001503
Coahuila,Zaragosa	San Pedro	0071	San Ignacio	05-033-3	CLSSA001515
Coahuila,Zaragosa	San Pedro	0079	San Lorenzo	05-033-4	CLSSA001532
Coahuila,Zaragosa	San Pedro	0217	Nueva Victoria	05-033-5	CLSSA001561
Coahuila,Zaragosa	Viesca	0001	Emiliano Zapata	05-036-1	CLSSA001771
Colima	Coquimatlán	0001	Coquimatlán	06-004-1	CMSSA000393
Colima	Coquimatlán	0014	Jala	06-004-2	CMSSA000393
Colima	Manzanillo	0001	Manzanillo	06-007-1	CMSSA000702
Colima	Manzanillo	0001	Manzanillo	06-007-2	CMSSA000726
Colima	Manzanillo	0011	Camotlán de Miraflores	06-007-3	CMSSA000743
Colima	Manzanillo	0072	Río Marabasco	06-007-4	CMSSA000883
Colima	Tecomán	0011	Colonia Bayardo	06-009-1	CMSSA001076
Colima	Tecomán	0017	Caleras	06-009-2	CMSSA001081
Colima	Tecomán	0147	Tecolapa	06-009-3	CMSSA001180
Guanajuato	Abasolo	0023	La Carroza	11-001-1	GTSSA000025
Guanajuato	Abasolo	0099	Peralta	11-001-2	GTSSA000071
Guanajuato	Guanajuato	0063	Minera de la Luz (La Luz)	11-015-1	GTSSA001541
Guanajuato	Guanajuato	0067	Marfil	11-015-2	GTSSA001553
Guanajuato	Guanajuato	0110	Santa Rosa (Santa Rosa)	11-015-3	GTSSA001582
Guanajuato	Pénjamo	0025	Buenavista de Cortez	11-023-2	GTSSA002772
Guanajuato	Pénjamo	0197	Palo Alto de Abajo	11-023-3	GTSSA002912
Guanajuato	Pénjamo	0371	Guanguitiro	11-023-4	GTSSA005304
Guanajuato	Pénjamo	0043	Cardenas	11-027-1	GTSSA003262
Hidalgo	Cuatepec De Hinojosa	0001	Cuatepec De Hinojosa	13-016-1	HGSSA000873
Hidalgo	Cuatepec De Hinojosa	0005	El Capulín	13-016-2	HGSSA000885
Hidalgo	Cuatepec De Hinojosa	0024	Las Puentes	13-016-3	HGSSA000902
Hidalgo	Cuatepec De Hinojosa	0044	La Cañada	13-016-4	HGSSA000943
Hidalgo	Tepeji Del Río De Ocampo	0006	Melchor Ocampo	13-063-1	HGSSA003376
Hidalgo	Tepeji Del Río De Ocampo	0001	Tepeji Del Río	13-063-2	HGSSA003364
Hidalgo	Tepeji Del Río De Ocampo	0011	Sán Idelfonso	13-063-3	HGSSA003393
Hidalgo	Tepeji Del Río De Ocampo	0016	Santa María Quelites	13-063-4	HGSSA003405
Hidalgo	Zapotlán De Juárez	0001	Zapotlán De Juárez	13-082-1	HGSSA017644
Jalisco	Cocula	0005	Camachines	14-024-1	JCSSA001430
Jalisco	Cocula	0007	La Cofradía De La Luz	14-024-2	JCSSA001442
Jalisco	Cocula	0017	San Nicolás (San Nicolás Acuña)	14-024-3	JCSSA007766
Jalisco	Cocula	0001	Cocula	14-024-4	JCSSA001425

Entidad	Municipio	Cve. Loc.	Localidad	Clinica	Clues
Jalisco	Villa Hidalgo	0001	Tepusco	14-024-4	JCSSA001413
Jalisco	Tenamaxtlán	0008	Colotitlán	14-090-1	JCSSA005420
Jalisco	Tenamaxtlán	0014	Juanacatlán	14-090-2	JCSSA005432
Jalisco	Tenamaxtlán	0017	Miraplanes	14-090-3	JCSSA005444
Jalisco	Tenamaxtlán	0052	Tenamaxtlán	14-090-4	JCSSA005403
Jalisco	Villa Hidalgo	0001	Villa Hidalgo	14-116-1	JCSSA006844
Morelos	Ocuituco	0002	Huecahuasco	17-016-1	MSSSA001166
Morelos	Ocuituco	0001	Ocuituco	17-016-2	MSSSA001154
Morelos	Huautla	0009	Tlaquiltenango	17-025-1	MSSSA001690
Morelos	Nexpa	0014	Tlaquiltenango	17-025-2	MSSSA001714
Morelos	Quilamula	0016	Tlaquiltenango	17-025-3	MSSSA001726
Morelos	Tlaquiltenango	0001	Tlaquiltenango	17-025-4	MSSSA001661
Morelos	Adolfo López Mateos	0021	Yechapixtla	17-030-1	MSSSA002076
Morelos	Juan Morales	0008	Yechapixtla	17-030-2	MSSSA002040
Morelos	Huexca	0005	Yechapixtla	17-030-3	MSSSA002035
Nayarit	Xalisco	0021	Testerazo(El Refugio)	18-008-1	NTSSA000631
Nayarit	Ruíz	0001	Ruíz	18-011-1	NTSSA000935
Nayarit	Ruíz	0010	Heroico Batallón de San Blas (La Nori	18-011-2	NTSSA000964
Nayarit	Xalisco	0153	San Luis Lozada	18-017-1	NTSSA001821
Nayarit	Bahía De Banderas	0046	Lo De Marco	18-020-1	NTSSA002060
Nayarit	Bahía De Banderas	0053	Mezcales	18-020-2	NTSSA002072
Nayarit	Bahía De Banderas	0083	San José Valle	18-020-3	NTSSA002096
Nayarit	Sayulita	0092	Sayulita	18-020-4	NTSSA002125
Nayarit	Bahía De Banderas	0106	Corral Del Risco (Punta De Mita)	18-020-5	NTSSA002130
Querétaro	Cadereyta De Montes	0025	Corral Blanco	22-004-1	QTSSA000521
Querétaro	Cadereyta De Montes	0045	Higuerillas	22-004-2	QTSSA000562
Querétaro	Cadereyta De Montes	0129	Vizarrón De Montes	22-004-3	QTSSA000656
Querétaro	Cadereyta De Montes	0077	Pathé	22-004-4	QTSSA000615
Querétaro	Colón	0002	Ajuchitlán	22-005-1	QTSSA000714
Querétaro	Colón	0030	Peña Colorada	22-005-2	QTSSA000755
Querétaro	Colón	0059	El Zamorano	22-005-3	QTSSA000784
Querétaro	Tequisquiapan	0016	San Nicolas	22-017-1	QTSSA002406
Querétaro	Tequisquiapan	0008	Fuentezuelas	22-017-2	QTSSA002394
Yucatán	Progreso	0003	Chelem	31-059-1	YNSSA001726
Yucatán	Progreso	0004	Chicxulub(Chicxulub Puerto)	31-059-2	YNSSA001731
Yucatán	Progreso	0005	Chuburná	31-059-3	YNSSA001743
Yucatán	Tinum	0006	Pisthé	31-091-1	YNSSA001171
Yucatán	Valladolid	0045	Dzitnup	31-102-1	YNSSA001492
Yucatán	Valladolid	0047	Ebtún	31-102-2	YNSSA001504
Yucatán	Valladolid	0075	Pixoy	31-102-3	YNSSA001516
Yucatán	Valladolid	0077	Popolá	31-102-4	YNSSA001521
Yucatán	Valladolid	0135	Tixhualactún	31-102-5	YNSSA001562
Zacatecas	General Pánfilo Natera	0001	General Pánfilo Natera	32-016-1	ZSSSA000432
Zacatecas	General Pánfilo Natera	0017	San José(El Saladillo)	32-016-2	ZSSSA000456
Zacatecas	General Pánfilo Natera	0029	La Tesorera(Bajío De La Tesorera)	32-016-3	ZSSSA000485
Zacatecas	Guadalupe	0009	Cieneguitas	32-017-1	ZSSSA012940
Zacatecas	Guadalupe	0029	San Jerónimo	32-017-2	ZSSSA000531
Zacatecas	Guadalupe	0039	Tacoaleche	32-017-3	ZSSSA000543
Zacatecas	Guadalupe	0043	Zoquite	32-017-4	ZSSSA000555
Zacatecas	Jerez	0001	Jerez De García Salinas	32-020-1	ZSSSA000625
Zacatecas	Jerez	0011	El Cargadero	32-020-2	ZSSSA000630

ANEXO 2. LISTA DE MEDICAMENTOS MÍNIMOS INDISPENSABLES

LISTA DE COTEJO DE MEDICAMENTOS

Medicamentos mínimos e indispensables (132)

Folio

M

Identificación de la Unidad

Localidad						
Nombre de la Unidad Médica						

Lista	Clave	Nombre Genérico	Forma farmacéutica	Núm	Sí	No (agotado)	No (No aprobado en la unidad)
LB	910	Aceite de almendras dulces, lanolina, glicerina, propilenglicol, sorbitol	Crema	1	1	2	3
LB	1273	Aceite de ricino	Emulsión	2	1	2	3
LB	154	Aceite mineral	Emulsión	3	1	2	3
LB1,LBC2	101	Ácido acetilsalicílico	Tabletas, grageas o cápsulas	4	1	2	3
LB, LBC	103	Ácido acetilsalicílico	Tableta soluble	5	1	2	3
LB, LBC	3401	Ácido acetilsalicílico	Gragea con capa entérica	6	1	2	3
LB, AP	2707	Ácido Ascórbico	Tabletas	7	1	2	3
LBC, AP	1706	Acido Fólico	Tabletas	8	1	2	3
LB, LBC	3673	Agua inyectable	Solución inyectable	9	1	2	3
LB	831	Alantoina y alquitrán de hulla	Suspensión dérmica	10	1	2	3
LB, LBC	1344	Albendazol	Tabletas	11	1	2	3
LB, LBC	1345	Albendazol	Suspensión oral	12	1	2	3
LB	871	Alibour	Polvo	13	1	2	3
LB	3451	Alopurinol	Tabletas	14	1	2	3
LB	1222	Aluminio	Tabletas o Suspensión oral	15	1	2	3
LB, LBC	1224	Aluminio y magnesio	Tabletas masticables o Suspensión oral	16	1	2	3
LB	2462	Ambroxol	Comprimidos	17	1	2	3
LB	2463	Ambroxol	Solución oral	18	1	2	3
LBC	426	Aminofilina	Solución inyectable	19	1	2	3
LBC	2127	amoxilina	Suspensión inyectable	20	1	2	3
LBC	2128	amoxilina	Suspensión oral	21	1	2	3
LB, LBC	1930	Ampicilina	Polvo para suspensión oral	22	1	2	3
LB, LBC	1929	Ampicilina	Tabletas o Cápsulas	23	1	2	3
LBC	1931	Ampicilina	Solución inyectable	24	1	2	3
LB	204	Atropina	Solución inyectable	25	1	2	3
LB	801	Baño coloidal	Polvo	26	1	2	3
LB	5308	Basiliximab	Solución inyectable	27	1	2	3
LB	477	Beclometasona dipropionato de	Aerosol	28	1	2	3
LB	861	Bencilo	Emulsión dérmica	29	1	2	3

Evaluación externa de los Centros de Salud atendidos por Pasantes de Medicina en Servicio Social. DGED 2012

Lista	Clave	Nombre Genérico	Forma farmacéutica	Núm	Sí	No (agotado)	No
							(No aprobado en la unidad)
LB, LBC	1938	Bencilpenicilina benzatínica compuesta	Polvo para suspensión Inyectable	30	1	2	3
LB, LBC	1923	Bencilpenicilina Procaínica con Bencilpenicilina cristalina	Polvo para suspensión inyectable	31	1	2	3
LB	1925	Benzatina Bencilpenicilina	Polvo para suspensión inyectable	32	1	2	3
LB	822	Benzoilo	Loción dérmica o gel dérmico	33	1	2	3
LB	2433	Benzonatato	Perlas	34	1	2	3
LB	2435	Benzonatato	Supositorio	35	1	2	3
LB	1263	Bismuto	Suspensión	36	1	2	3
LB, LBC	1206	Butilhioscina	Grageas	37	1	2	3
LB	1207	Butilhioscina	Solución inyectable	38	1	2	3
LB	113	Butilhioscina/metamizol	Grageas	39	1	2	3
LB, LBC, HAS	574	Captopril	Tabletas	40	1	2	3
LB	2609	Carbamazepina	Suspensión oral	41	1	2	3
LB	2608	Carbamazepina	Tabletas	42	1	2	3
LB	2242	Carbón activado	Polvo	43	1	2	3
LB, AP	22	Caseinato de calcio	Polvo	44	1	2	3
LB	1939	Cefalexina	Cápsulas	45	1	2	3
LB	1208	Cisaprida	Suspensión	46	1	2	3
LB	1209	Cisaprida	Tabletas	47	1	2	3
LB	5487	Citalopram	Tabletas	48	1	2	3
LB	872	Clioquinol (Yodoclorohidroxiquinoleina)	Crema	49	1	2	3
LB	5260	Cloramfenicol	Suspensión oral	50	1	2	3
LB	1991	Cloramfenicol	Cápsulas	51	1	2	3
LB	2821	Cloramfenicol	Solución o Ungüento oftálmica	52	1	2	3
LB, LBC	408	Clorfenamina	Jarabe	53	1	2	3
LB	2142	Clorfenamina	Solución inyectable	54	1	2	3
LB, LBC	402	Clorfenamina (Clorfeniramina)	Tabletas	55	1	2	3
LB, LBC	2471	Clorfenamina compuesta	Tabletas	56	1	2	3
LB	2030	Cloroquina	Tabletas	57	1	2	3
LB, HAS	561	Clortalidona	Tabletas	58	1	2	3
LBC	3608	Cloruro de sodio 0.9 %	Solución inyectable	59	1	2	3
LB, LBC	3611	Cloruro de sodio 0.9 % y glucosa	Solución inyectable	60	1	2	3
LB	3409	Colchicina	Tabletas	61	1	2	3
LB	2714	Complejo B	Tabletas	62	1	2	3
LB	464	Cromoglicato de sodio	Suspensión aerosol	63	1	2	3
LB	3508	Desogestrel y etinilestradiol 28	Tabletas	64	1	2	3
LB, LBC	2431	Dextrometorfano	Jarabe	65	1	2	3
LB	202	Diazepam	Solución inyectable	66	1	2	3
LB	3215	Diazepam	Tabletas	67	1	2	3
LB	3417	Diclofenaco	Cápsula o gragea de liberación prolongada	68	1	2	3
LB, LBC	1926	Dicloxacilina	Cápsulas o comprimidos	69	1	2	3
LB	1927	Dicloxacilina	Polvo para suspensión oral	70	1	2	3
LBC	1928	Dicloxacilina	Solución inyectable	71	1	2	3

Evaluación externa de los Centros de Salud atendidos por Pasantes de Medicina en Servicio Social. DGED 2012

Lista	Clave	Nombre Genérico	Forma farmacéutica	Núm	Sí	No (agotado)	No (No aprobado en la unidad)
LB	2739	Dieta polimérica a base proteínas de Caseinato de calcio	Polvo	72	1	2	3
LB	405	Difenhidramina	Jarabe	73	1	2	3
LB	406	Difenhidramina	Solución inyectable	74	1	2	3
LB	3111	Difenidol	Tabletas	75	1	2	3
LB	3112	Difenidol	Solución inyectable	76	1	2	3
LB	502	Digoxina	Tabletas	77	1	2	3
LB	503	Digoxina	Elixir	78	1	2	3
LB	504	Digoxina	Solución inyectable	79	1	2	3
LB	3113	Dimenhidrinato	Tabletas	80	1	2	3
LB	1301	Diyodohidroxiquinoleina	Tabletas	81	1	2	3
LB	1302	Diyodohidroxiquinoleina	Suspensión	82	1	2	3
LB	1941	Doxiciclina	Cápsulas o tabletas	83	1	2	3
LB	3623	Electrólitos orales	Polvo para Solución Glucosa	84	1	2	3
LB, HAS	4116	Enalapril o Lisinopril	Tabletas	85	1	2	3
LB	611	Epinefrina (Adrenalina)	Solución inyectable	86	1	2	3
LB	2673	Ergotamina y cafeína	Comprimidos, grageas o tabletas	87	1	2	3
LB, LBC	1972	Eritromicina	Polvo o gránulos para suspensión oral	88	1	2	3
LB	1971	Eritromicina	Cápsulas o Tabletas	89	1	2	3
LB	2304	Espironolactona	Tabletas	90	1	2	3
LB	2403	Estreptomina	Polvo para solución inyectable	91	1	2	3
LB	1501	Estrógenos conjugados de origen equino	Grageas o Tabletas	92	1	2	3
LB	1506	Estrógenos conjugados de origen equino	Crema vaginal	93	1	2	3
LB	2405	Etambutol	Tabletas	94	1	2	3
LB	2331	Fenazopiridina	Tabletas	95	1	2	3
LB	3102	Fenilefrina	Solución nasal	96	1	2	3
LB	2611	Fenitoína (Difenilhidantoína)	Suspensión oral	97	1	2	3
LB	2619	Fenobarbital	Elixir	98	1	2	3
LB	2601	Fenobarbital	Tabletas	99	1	2	3
LB	1732	Fitomenadiona	Emulsión inyectable	100	1	2	3
LB	811	Fluocinolona acetona de	Crema	101	1	2	3
LB	4483	Fluoxetina	Cápsulas o Tabletas	102	1	2	3
LB	21	Fórmula con proteínas aisladas de soya	Polvo	103	1	2	3
LB	13	Fórmula con proteínas hidrolizadas sin lactosa	Polvo	104	1	2	3
LB	14	Fórmula de seguimiento o continuación con o sin probióticos	Polvo	105	1	2	3
LB	1277	Fosfato y citrato de sodio	Solución	106	1	2	3
LB, LBC AP3	1702	Fumarato ferroso	Suspensión oral	107	1	2	3
LB, LBC, AP	1701	Fumarato ferroso	Tabletas	108	1	2	3
LB	2307	Furosemida	Tabletas	109	1	2	3
LB	2308	Furosemida	Solución inyectable	110	1	2	3
LB, LBC, DM	1042	Glibenclamida	Tabletas	111	1	2	3
LB	1278	Glicerina	Supositorio adulto	112	1	2	3

Evaluación externa de los Centros de Salud atendidos por Pasantes de Medicina en Servicio Social. DGED 2012

Lista	Clave	Nombre Genérico	Forma farmacéutica	Núm	Sí	No (agotado)	No (No aprobado en la unidad)
LB	1282	Glicerina	Supositorio infantil	113	1	2	3
LB, LBC	3601	Glucosa 5 %	Solución inyectable	114	1	2	3
LBC	3607	Glucosa 50 %	Solución inyectable	115	1	2	3
LB, HAS	2301	Hidroclorotiazida	Tabletas	116	1	2	3
LB	474	Hidrocortisona	Solución inyectable	117	1	2	3
LB	4134	Hidroquinona	Crema	118	1	2	3
LB	409	Hidroxizina	Grageas o tabletas	119	1	2	3
LB	2893	Hipromelosa (Metilcelulosa)	Solución oftálmica	120	1	2	3
LB, DM	1050	Insulina humana acción intermedia NPH	Suspensión inyectable	121	1	2	3
LB, DM	1051	Insulina humana acción rápida Regular	Solución inyectable	122	1	2	3
LB, DM	4157	Insulina humana de acción intermedia lenta	Suspensión inyectable	123	1	2	3
LB	2024	Isoconazol	Crema	124	1	2	3
LB	2404	Isoniacida	Tabletas	125	1	2	3
LB	2416	Isoniacida y Etambutol	Comprimidos y grageas	126	1	2	3
LB	2415	Isoniacida y Rifampicina	Comprimidos y Cápsulas	127	1	2	3
LB	593	Isosorbida dinitrato de	Tabletas	128	1	2	3
LB	592	Isosorbida dinitrato de	Tabletas sublinguales	129	1	2	3
LB	2018	Itraconazol	Cápsulas	130	1	2	3
LB	909	Lanolina y aceite mineral	Ungüento	131	1	2	3
LB	4526	Levonorgestrel	Grageas	132	1	2	3
LB, LBC	3507	Levonorgestrel y etinilestradiol 28	Grageas	133	1	2	3
LB	260	Lidocaína	Gel	134	1	2	3
LB	261	Lidocaína	Solución inyectable al 1,2,5 o10 %	135	1	2	3
LB	1364	Lidocaína con Hidrocortisona	Supositorio	136	1	2	3
LB	1363	Lidocaína con Hidrocortisona	Ungüento	137	1	2	3
LB	265	Lidocaína y Epinefrina	Solución inyectable al 2%	138	1	2	3
LB	911	Lindano	Shampoo	139	1	2	3
LB	4290	Linezolid	Tabletas	140	1	2	3
LB	4184	Loperamida	Comprimidos o grageas	141	1	2	3
LB	5478	Lorazepam	Tabletas	142	1	2	3
LB	1275	Magnesio	Suspensión oral	143	1	2	3
LB	2136	Mebendazol	Tabletas	144	1	2	3
LB, LBC	3509	Medroxiprogesterona y cipionato de estradiol	Suspensión inyectable	145	1	2	3
LB	1733	Menadiona	Tabletas	146	1	2	3
LB, LBC	108	Metamizol sódico (Dipirona)	Comprimidos	147	1	2	3
LB, LBC	109	Metamizol sódico (Dipirona)	Solución inyectable	148	1	2	3
LB	2333	Metenamina	Tabletas	149	1	2	3
LBC, DM	5165	Metfomina	Tabletas	150	1	2	3
LB	3444	Metocarbamol	Tabletas	151	1	2	3
LB	1241	Metoclopramida	Solución inyectable	152	1	2	3
LB	1243	Metoclopramida	Solución oral	153	1	2	3
LB	1242	Metoclopramida	Tabletas	154	1	2	3

Evaluación externa de los Centros de Salud atendidos por Pasantes de Medicina en Servicio Social. DGED 2012

Lista	Clave	Nombre Genérico	Forma farmacéutica	Núm	Sí	No (agotado)	No (No aprobado en la unidad)
LB, HAS	572	Metoprolol	Tableta	155	1	2	3
LB, LBC	1308	Metronidazol	Tabletas	156	1	2	3
LB, LBC	1310	Metronidazol	Suspensión oral	157	1	2	3
LB	1561	Metronidazol	Óvulos o tabletas vaginales	158	1	2	3
LB, LBC	891	Miconazol	Crema	159	1	2	3
LB	91	Miel de maíz	Solución oral	160	1	2	3
LB	4132	Mometasona	Ungüento o loción	161	1	2	3
LB	2804	Nafazolina	Solución oftálmica	162	1	2	3
LBC	3407	Naproxeno	Tabletas	163	1	2	3
LB	3419	Naproxeno	Suspensión	164	1	2	3
LB	1331	Niclosamida (clorosalicilamida)	Tabletas masticables	165	1	2	3
LB	4260	Nistatina	Suspensión oral	166	1	2	3
LB	1566	Nistatina	Óvulos o tabletas vaginales	167	1	2	3
LB	2523	Nitazoxanida	Tabletas o Grageas	168	1	2	3
LB	2524	Nitazoxanida	Suspensión oral	169	1	2	3
LB	1562	Nitrofurazona	Óvulos vaginales	170	1	2	3
LB, LBC	804	Óxido de zinc (Lassar)	Pasta	171	1	2	3
LB	104	Paracetamol (Acetaminofén)	Tabletas	172	1	2	3
LB	106	Paracetamol (Acetaminofén)	Solución oral	173	1	2	3
LB	105	Paracetamol (Acetaminofén)	Supositorios	174	1	2	3
LB	5481	Paroxetina	Tabletas	175	1	2	3
LB	4592	Piperacilina - Tazobactam	Solución inyectable	176	1	2	3
LB	2138	Pirantel	Tabletas	177	1	2	3
LB	2413	Pirazinamida	Tabletas	178	1	2	3
LB	5232	Piridoxina	Tabletas	179	1	2	3
LB	3415	Piroxicam	Cápsulas o Tabletas	180	1	2	3
LB	1271	Plantago psyllium	Polvo	181	1	2	3
LB	901	Podofilino	Solución dérmica	182	1	2	3
LB	5383	Polivitaminas y minerales	Jarabe	183	1	2	3
LB, AP	4376	Polivitaminas y minerales	Tabletas, grageas o cápsulas	184	1	2	3
LB	523	Potasio sales de	Tabletas soluble	185	1	2	3
LB	2040	Prazicuantel	Tabletas	186	1	2	3
LB	472	Prednisona	Tabletas	187	1	2	3
LB	2031	Primaquina	Tabletas	188	1	2	3
LB, HAS	539	Propranolol	Tabletas	189	1	2	3
LB	2891	Proximetacaina (Proparacaina)	Solución oftálmica	190	1	2	3
LB, LBC	1233	Ranitidina	Tabletas o grageas	191	1	2	3
LB	2409	Rifampicina	Cápsulas o comprimidos	192	1	2	3
LB	2410	Rifampicina	Suspensión oral	193	1	2	3
LB	2414	Rifampicina, isoniazida y Pirazinamida	Tabletas o grageas	194	1	2	3
LB	4580	Rimantadina	Solución oral	195	1	2	3
LB	4581	Rimantadina	Cápsulas	196	1	2	3

