



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO DE CIENCIAS  
MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD  
GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

“Factores que influyen en la deserción de los estudiantes del servicio social de la Facultad de Medicina de la UNAM en la modalidad de campos clínicos. 2016-2017”

TESIS  
PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
MAESTRO EN GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

PRESENTA:  
ARIEL VILCHIS REYES

DIRECTOR DE TESIS  
Dra. Guadalupe Silvia García de la Torre  
FACULTAD DE MEDICINA

Ciudad Universitaria, CD. Mx. Octubre 2017



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## “Factores que influyen en la deserción de los estudiantes del servicio social de la Facultad de Medicina de la UNAM en la modalidad de campos clínicos. 2016-2017”

**Resumen.** El servicio social es un tipo de práctica obligatoria que realizan los estudiantes del último año de la carrera de medicina o de otras profesiones de la salud recién titulados, se instituyó en México, en 1936 para responder a la escasez de médicos en las zonas rurales e indígenas del país. El cumplimiento de los objetivos del servicio social se ha visto afectada por una serie de factores, entre ellos: escasa o nula educación continua, baja remuneración económica, falta de supervisión, escasa o deficiente preparación para el trabajo en áreas rurales o barrios urbanos marginales, violencia física y psicológica, y carencia de recursos para trabajar, incluidos los insumos. Con base en lo anterior, y con la intención de dilucidar los motivos por los que algunos alumnos no culminan su servicio social en la sede asignada originalmente o prefieren realizar el mismo en una modalidad que no sea de campos clínicos rurales, se consideró necesario responder la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores que intervienen con la deserción del servicio social en su modalidad de campos clínicos de estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNAM?

**Objetivo:** Identificar los factores que intervienen con la deserción del servicio social en la modalidad de campos clínicos rurales de alumnos de la Facultad de Medicina de la UNAM en ciclo escolar 2016-2017.

**Metodología:** Estudio transversal. Población objetivo: médicos pasantes de la Facultad de Medicina de la UNAM inscritos en la modalidad de campos clínicos rurales en ciclo escolar febrero 2016 – enero 2017.

**Resultados:** Tan solo en un año disminuyó en 40% los médicos pasantes en la modalidad de campos clínicos. Todos los casos registrados de deserción fueron situaciones que están fuera de la normatividad para desarrollar el servicio social o por no cumplimiento de la misma. Existe un porcentaje elevado de incumplimiento por parte de ambas instituciones (Secretaría de Salud y Facultad de Medicina) en los requerimientos mínimos de las unidades médicas y características de la población. Las mujeres son las que expresaron padecer mayor violencia, sobre todo psicológico y acoso sexual. La mayoría de las asignaturas del Plan 2010 fueron consideradas de utilidad para el trabajo en comunidad, de las peor evaluadas fueron las materias de Integración Básico Clínica y Clínico Básica.

**Conclusiones:** A pesar de las circunstancias en las que se está desarrollando el servicio social los MPSS en su mayoría consideran, a éste, como una parte fundamental de su desarrollo profesional en la adquisición de experiencias y como una forma importante de contribuir a la sociedad por la educación recibida. Por los que estos debieran de ser uno de los principales objetivos del servicio social, y por lo tanto, debiera verse como parte aún de la formación médica y no solo de manera asistencial por tratar de cubrir necesidades que le corresponde al Estado garantizar.

## Índice

<b>1. Antecedentes</b>	<b>4</b>
1.1. Surgimiento del servicio social	5
1.2. Estableciendo las bases del servicio social	6
1.3. Panorama Actual del servicio social	8
1.4. Atención de salud en zonas rurales marginadas	9
1.5. Distribución de los médicos pasantes 2015	11
1.6. Violencia en las entidades con mayor número de médicos pasantes	14
1.7. Implementación del servicio social	16
<b>2. Planteamiento del problema</b>	<b>21</b>
<b>3. Objetivos</b>	<b>22</b>
<b>4. Hipótesis</b>	<b>22</b>
<b>5. Justificación</b>	<b>22</b>
<b>6. Marco teórico</b>	<b>23</b>
<b>7. Marco conceptual</b>	<b>25</b>
<b>8. Metodología</b>	<b>26</b>
<b>9. Resultados descriptivos del servicio social ciclo escolar 2016-17</b>	<b>27</b>
<b>10. Descripción de la población desertora en la modalidad de campos clínicos rurales</b>	<b>31</b>
<b>10.4 Condiciones actuales del servicio social en la modalidad de campos clínicos</b>	<b>43</b>
<b>11. Discusión</b>	<b>49</b>
<b>12. Conclusiones</b>	<b>54</b>
<b>13. Consideraciones éticas</b>	<b>57</b>
<b>14. Limitaciones</b>	<b>57</b>
<b>15.- Bibliografía</b>	<b>58</b>
<b>16.- Anexos (1. Operacionalización de variables, 2. Instrumento)</b>	<b>61</b>

## 1.- Antecedentes

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define al servicio social como la práctica obligatoria que realizan los estudiantes del último año de la carrera de medicina o de otras profesiones de la salud recién titulados (OPS, 1998). Estos son asignados durante un período determinado a instituciones que prestan servicios de salud y son nombrados “pasantes” con el propósito de mejorar la calidad de la formación profesional y la cobertura de atención de las poblaciones rurales y marginadas.

México es el pionero en la creación del servicio social, instituyéndose en el año de 1935 derivado de una disputa política e ideológica sobre el papel de la educación en el país entre el gobierno nacional y la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y como una respuesta ante la escasez de médicos en las comunidades más pobres y marginadas del país (Nigenda, 2013). La mala distribución y la falta de personal en áreas rurales es un problema global, ya que aproximadamente la mitad de la población mundial vive en áreas rurales, pero en estas comunidades solo labora un pequeño porcentaje del personal de salud, con un aproximado 38% del total de enfermeras y solo un 24% del total de médicos a nivel mundial (OMS, 2010).

Para responder a la falta de personal de salud en áreas rurales, varios países de América Latina implementaron diferentes modalidades del servicio social apegados al modelo mexicano (P & Poterico JA, 2014), pero con diferentes perspectivas tales como Costa Rica, Nicaragua, Cuba, Argentina, Chile, Venezuela, Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Perú, Paraguay y Colombia (Moya Peñafiel, 2014). En una revisión realizada por la OPS sobre estos programas sociales de medicina se comentó que la expansión del servicio social en la región había coincidido con la expansión de la cobertura y la disminución del gasto per cápita en salud (OPS, 1998). Dentro de las semejanzas que se encuentran en las diferentes pasantías es: la obligatoriedad, es una respuesta a necesidades nacionales ante poblaciones vulnerables, sirve para extender la cobertura de salud, fortalece la formación de recursos humanos y financiada generalmente por de las instituciones de salud (Moya Peñafiel, 2014).

No se cuenta con información pública disponible de la cantidad de médicos pasantes existentes a nivel internacional. En el caso de México, a nivel nacional se gradúan como médicos

un aproximado de 11,000 pasantes anualmente provenientes de todas las universidades y facultades de medicina del país, éstos prestan sus servicios, en su gran mayoría, en zonas marginadas con poblaciones que fluctúan entre los 1,000-1,500 habitantes, estimando que de ellos depende el cuidado de la salud de una población de 10-15 millones de mexicanos de escasos o muy escasos recursos ([Graue Wiechers, 2012](#)).

### **1.1 Surgimiento del Servicio Social en México**

En 1917 el Congreso Constituyente de Querétaro redacta la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, señalando la responsabilidad gubernamental de proteger la salud pública, y la necesidad de crear un Departamento de Salubridad Pública (DSP) dependiente directamente del presidente de la República y con capacidad ejecutiva en toda la nación ([Const. Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2012](#)), pero no fue hasta el gobierno del presidente Lázaro Cárdenas (1934-1940) que se comenzó a establecer servicios sanitarios a lo largo de todo el país, siendo su principal objetivo incrementar la salud de campesinos y obreros. José Siurob, quien fue jefe del DSP, justificaba este hecho con base en las estadísticas de morbilidad y mortalidad de este periodo, donde justo estas clases sociales eran las más afectadas ([Carillo, 2005](#)). Siurob formuló una ley para la creación de la Unidad Sanitaria Ejidal de la República, que estaba basada en un principio de colaboración entre los ejidatarios, los Departamentos de Salubridad y Agrario, el Banco Nacional de Crédito Agrario y los gobiernos de los estados para otorgar atención en las comunidades rurales de México ([Eckstein, 1966](#)). De esta manera llegan a contribuir, en la atención en salud de áreas marginadas, los médicos pasantes, quienes por acuerdo entre el DSP y la UNAM, realizaron desde 1935 el servicio social en diversas poblaciones de la república ([Mazón Ramírez, 2012](#)).

En una época posrevolucionaria, con carencia de recursos humanos, sobre todo médicos y enfermeras, siendo las zonas rurales marginadas del país las más afectadas, con altas tasas de mortalidad en población indígena y campesina, a causa de infecciones y desnutrición principalmente, fue el momento del surgimiento del servicio social ([Carillo, 2005](#)) ([Eckstein, 1966](#)), donde “los estudiantes de medicina solo con un modestísimo maletín partieron a estas zonas” ([Mazón Ramírez, 2012](#)). Es de fundamental importancia conocer los antecedentes

históricos de la creación del servicio social de medicina en nuestro país, ya que gracias a las condiciones en las que México se encontraba, se permeó el camino para la implementación de éste, como una respuesta ante la escasez de médicos, sobre todo en las comunidades rurales y marginadas del país. Sin embargo, la política de beneficencia continúa, deduciéndose que las determinantes, que dieron pie a su creación, actualmente aún persisten en estas regiones del país.

## 1.2 Estableciendo las bases del servicio social en México

La práctica del servicio social se realiza una vez aprobadas las asignaturas de la licenciatura de medicina o, después, cuando se comienza a trabajar en el área de la salud; en el primer caso se denomina de pregrado, y en el segundo, profesional ([Organización Panamericana de la Salud, 1998](#)). En México se practican ambas modalidades, al terminar la licenciatura, se cumple un servicio social de pregrado, y durante los estudios de posgrado (residencia o especialidad), se presta el servicio social profesional ([Vazquez Martinez, 2010](#)).

Los fundamentos constitucionales bajo los cuales se rige la organización y prestación del servicio social de los estudiantes de medicina se desprenden de los artículos 3º y 5º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos ([Mazón Ramírez, 2012](#)). El 17 de noviembre de 1942, se publicó en el Diario Oficial (DO) la reforma que adicionó al artículo 5º constitucional, la obligatoriedad del servicio social, entendiéndose por éste, como el trabajo de carácter temporal y mediante retribución que ejecuten y presten los estudiantes en interés de la sociedad y el Estado ([DO, Diario Oficial, 1942](#)).

El 1 de octubre de 1945 se publicó en el DO la Ley Reglamentaria de los artículos 4º y 5º constitucionales, relativos al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal (actualmente Ciudad de México) y territorios federales. Los ordenamientos del Reglamento relacionados con el servicio social establecen en su artículo 52 que la práctica profesional de los pasantes se autorizará por la Dirección General de Profesiones, también manifiesta que el MPSS deberá poseer la competencia para ejercer su profesión (tener un promedio mínimo de 7.0). Al igual en su artículo 85º establece que el servicio social de los estudiantes será responsabilidad de las

escuelas de enseñanza profesional, conforme a sus planes de estudio (DO, 1945).

Más tarde se presentó el “Reglamento para la Prestación del Servicio Social de los Estudiantes de las Instituciones de Educación Superior de la República Mexicana”, publicado en el DO de la Federación (DOF) en 1981. En él se refuerza el planteamiento educativo y señala que el servicio social debe de formar parte del plan de estudios correspondiente (DOF, Diario Oficial de la Federación, 1981). Con base en este Reglamento, se publicaron en el mismo diario en 1982, las “Bases para la Instrumentación del Servicio Social en el Sector Salud” pero con un enfoque principalmente asistencial (DOF, Diario Oficial de la Federación, 1982). Importante señalar que en las bases se establecen por primera vez las diferentes modalidades del servicio social que los estudiantes pueden llevar a cabo, tales como: áreas rurales, suburbanas y urbanas, instituciones de investigación, tanto del sector público como de educación superior, y los establecimientos de atención médica y de docencia de las instituciones de educación superior.

La Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) (DOF, Diario Oficial de la Federación, 1983), organismo colegiado intersectorial compuesto por Secretaría de Salud y Secretaría de Educación, aprobó las Normas Operativas para la Instrumentación del Servicio Social (NOSS) y en el año de 1992 emite las “Recomendaciones para la Instrumentación del Servicio Social de Estudiantes de las Profesiones de la Salud”, con el fin de contar con un documento que subsanará las diferencias de los enfoques asistencial y educativo del servicio social (López Bárcena, González de Cossío Ortiz, & Velasco Martínez, 2004), pero este documento solo manifiesta un par de recomendaciones para su implementación y no un estatuto a seguir.

Años más tarde se elabora la NORMA OFICIAL MEXICANA 009 (NOM-009), la cual tiene como objetivo establecer los criterios mínimos para la utilización de los establecimientos para la atención médica de las instituciones del Sistema Nacional de Salud como campos clínicos para la prestación del servicio social de los pasantes de medicina y estomatología (DOF, Diario Oficial de la Federación, 2014). En ella se define como campo clínico, o sede, al establecimiento para la atención médica de los sectores públicos, constituido para la prestación del servicio social de

medicina, mismas que deberán cumplir con lo dispuesto en el capítulo 9 de esta norma, como por ejemplo tener la estructura organizacional requerida para la prestación del servicio social, los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos necesarios para el desarrollo de los programas académicos y operativos.

Con todo lo anterior se puede inferir que el servicio social desde su creación no es claro el papel que los médicos pasantes desempeñarán en su práctica, si desde una perspectiva asistencial, donde fungen como médicos titulados y sus respectivas responsabilidades, o desde una perspectiva educativa, como médico en formación que llevará a la práctica todos sus conocimientos, los cuales, se asume que, deberían ser estrictamente supervisados. Al mismo tiempo, esta disyuntiva de perspectivas es aún más clara cuando los actores principales, el sector salud y las entidades educativas, se apartan de sus responsabilidades, permitiendo que el joven médico pasante se encuentre solo, sin apoyo y sin recursos suficientes en las comunidades de mayor necesidad.

### 1.3 Panorama actual del servicio social en México

Con el tiempo, el servicio social se convirtió en una fuente de oferta de médicos para zonas rurales marginadas, lo que ha permitido a las autoridades federales y estatales suplir las fuerzas profesionales, por médicos en formación, debido a que los médicos titulados no son atraídos en estas zonas por razones políticas, financieras o laborales. (López Bárcena, González de Cossío Ortiz, & Velasco Martínez, 2004). Sin la suficiente experiencia para la práctica médica en el primer nivel de atención, ni la preparación acorde para el trabajo en comunidad, ni el conocimiento necesario de las comunidades a las que, los jóvenes médicos aprendices llegan a ejercer su servicio social, es el ambiente en donde éste se desarrolla (Vazquez Martinez, 2010).

Uno de los factores que han propiciado esta falta de médicos en las zonas rurales marginadas de México, es la distribución heterogénea de los recursos humanos y materiales del sistema de salud mexicano (Nigenda, 1997). Las razones de la inequidad en la distribución tienen que ver con una compleja red de situaciones, incluidas: la incapacidad de las autoridades de salud para generar una política acorde, la resistencia de actores corporativos, principalmente los

sindicatos, y las legítimas preferencias de los médicos de practicar en zonas donde puedan contar con satisfactores individuales, familiares y sociales (Hamui-Sutton, 2012), inequidades sociales y económicas del sistema de educación médica, el pago de incentivos, el desarrollo del sistema de salud público y privado, entre otros (López Bárcena, González de Cossío Ortiz, & Velasco Martínez, 2004). Por tanto, el problema de la mala distribución de médicos debe ser considerado como una parte de toda la inequidad social, así como un problema de la administración del sistema de salud (Dussault & Franceschini, 2006).

Cabe mencionar que todos los médicos pasantes del servicio social de las Facultades de Medicina y Odontología de todas las universidades del país, al igual que todos los residentes de las especialidades médicas, se incorporan a las estadísticas oficiales de los “recursos humanos” de las instituciones públicas del sector salud (Nigenda, 1997). Los médicos pasantes, sin tener una remuneración acorde, ni los mismos derechos y prestaciones laborales de un médico titulado, adquieren las mismas obligaciones y responsabilidades de éste, al igual son considerados por parte de las comunidades receptoras y las instituciones de Salud como un trabajador más del sector Salud.

### 1.3 La atención de Salud en zonas rurales marginadas de México

La definición de pobreza propuesta y evaluada por el Consejo Nacional de Evaluación de las Políticas de Desarrollo Social (CONEVAL), considera las condiciones de vida de la población a partir de tres espacios: el del bienestar económico, el de los derechos sociales y el del contexto territorial. La población en situación de pobreza multidimensional será aquella cuyos ingresos sean insuficientes para adquirir los bienes y los servicios que requiere para satisfacer sus necesidades y presente carencia en al menos uno de los siguientes seis indicadores: rezago educativo, acceso a los servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación (Diario Oficial de la Federación, 2010).

México, en el 2014, contaba con 55.3 millones de personas en situación de pobreza y en 11.4 millones en pobreza extrema, teniendo un total de 67.7 millones de mexicanos, de 120

millones, con carencia para la adquisición de bienes y servicios, siendo la seguridad social y un ingreso por arriba de la línea de bienestar, lo que en mayor proporción carecen los mexicanos en condición de pobreza. Las tres entidades con mayor porcentaje de su población en situación de pobreza son: Chiapas con 76.2%, Oaxaca con 66.8% y Guerrero con 65.2%, siendo el medio rural quién alberga a la gran mayoría de los pobres con un 61.1% (CONEVAL, 2014). Son estas zonas, las más pobres, unas de las principales receptoras de médicos pasantes, sin embargo, el derecho a la Salud implica no solo el contar con un médico, en este caso pasante, que preste servicios y ofrezca la atención, sino que ésta debería de ser de calidad y efectiva.

El Centro Nacional para la Evaluación de la Educación Superior (CENEVAL) realiza valoraciones sobre las competencias profesionales de los egresados de diversas carreras, entre ellas las de enfermería, medicina y odontología. En medicina del 2006 al 2008 presentaron el examen 20,442 egresados, donde más del 50% de los egresados carecen de las competencias mínimas y se ubican en la categoría de desempeño no suficiente. En el examen de 2008, poco más de 75% de los egresados se hallan en la categoría de desempeño suficiente y no alcanzan la categoría de desempeño satisfactorio, por lo menos 25% de los egresados carecían de competencias suficientes para ejercer la profesión y sin embargo la ejercieron (Vazquez Martinez, 2010).

El efecto de la no suficiente competencia profesional de los médicos pasantes se tradujo en lo expuesto por la Comisión Nacional de Derechos Humanos, en su Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección a la Salud”, donde menciona que las diversas quejas relacionadas con la prestación de servicios de entre enero de 2000 y enero de 2009, la más frecuentes de las causas de reclamos de los pacientes era la falta de supervisión del trabajo de los médicos en formación (CNDH, 2009). Los estudiantes de medicina al momento de elegir sus sedes para el servicio social lo hacen con base en el promedio obtenido durante la carrera, los pasantes con bajo promedio escogen en último término su plaza, de modo que solo les quedan las poblaciones más alejadas y en peores condiciones socioeconómicas. Así, mientras en peores condiciones socioeconómicas está una población, menos competencia profesional tiene el pasante que la atiende, lo anterior asumiendo que el promedio representa a la competencia del médico pasante.

## 1.5 Distribución de los médicos pasantes de la Facultad de Medicina en el 2015

En la actualidad los alumnos de la Facultad de Medicina de la UNAM, con base en el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, el “Reglamento para la Prestación del Servicio Social de los Estudiantes de las Instituciones de Educación Superior en la República Mexicana” y las “Bases para la Instrumentación del Servicio Social de las Profesiones para la Salud”, realizan su servicio social en las siguientes modalidades ([Coordinación del servicio social, 2012](#)):

- a) Servicio social en la modalidad de campos clínicos rurales y urbanos. Objetivo: ofrecer servicios de salud pública y de atención médica en beneficio de la población mexicana, prioritariamente la de menor desarrollo económico y social.
- b) Servicio social en la modalidad de investigación. Objetivo: introducir al estudiante, en apoyo al programa de formación de investigadores, en el campo de la investigación básica, clínica, salud pública, educativa y socio médica.
- c) Servicio social en la modalidad de vinculación. Objetivo: colaborar con los sectores que constituyen el Sistema Nacional de Salud en programas específicos de atención médica, de salud pública y de asistencia social, en beneficio de la sociedad mexicana.
- d) Servicio social en la modalidad de programas universitarios. Objetivo: participar en las diferentes instancias universitarias en sus programas de docencia, atención médica, salud pública, investigación y extensión de la cultura, con énfasis en el programa de formación de profesores.

La Facultad de Medicina de la UNAM publicó la distribución de los médicos pasantes en el ciclo escolar 2015-2016 en las diferentes modalidades para presentar el servicio social, siendo la siguiente: Campos clínicos rurales y urbanos 426 pasantes; Investigación 33 pasantes; Programas Universitarios 229 pasantes y Vinculación 252 pasantes; con un total: 940 pasantes. En la modalidad de campos clínicos rurales los médicos pasantes se encuentran principalmente en unidades médicas rurales, tanto de la Secretaría de Salud (SS) como del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). La distribución por entidad federativa corresponde a la tabla 1, siendo la Ciudad de México la entidad con mayor número de pasantes contando con un total de 97, seguida por Oaxaca con 63 pasantes y Guerrero con 60 pasantes ([Coordinación del Servicio Social, 2015](#)).

**Tabla 1 Distribución de médicos pasantes en la modalidad Campos Clínico Rurales. Facultad de Medicina, UNAM. Ciclo Escolar 2015.**

Entidad Federativa	IMSS	SS	Total
Baja California	-	-	0
Baja California Sur	5	5	10
Campeche	-	-	0
Chiapas	25	20	45
Coahuila	1	4	5
<b>Ciudad de México</b>	<b>34</b>	<b>63</b>	<b>97</b>
Durango	8	-	8
Guanajuato	-	-	0
Guerrero	14	46	60
Hidalgo	15	-	15
Morelos	-	-	0
Oaxaca	25	38	63
Puebla	-	13	13
Querétaro	-	-	0
San Luis Potosí	20	8	28
Sinaloa	-	-	0
Sonora	-	12	12
Tlaxcala	-	9	9
Veracruz	20	-	20
Yucatán	-	-	0
Zacatecas	22	19	41
<b>Total</b>	<b>189</b>	<b>237</b>	<b>426</b>

*Fuente: Elaboración propia, datos tomados Coordinación del Servicio Social, Facultad de Medicina, UNAM.*

Se observa que durante el ciclo escolar 2016 del total de MPSS (940), el 56% (514) optó por realizar el servicio social en una modalidad diferente a la de campos clínicos rurales,

probablemente porque en las otras modalidades (Investigación, Vinculación y Programas Universitarios), éstos no deben salir de la Ciudad de México y en algunas modalidades, como en Vinculación, llegan a obtener una beca de hasta \$5,000.00 mensuales. Sin embargo, aquellos que deciden o no tienen otra opción que realizar su servicio en la modalidad de campos clínicos rurales (426), el 22.3% (97) decidió quedarse en la ciudad, posiblemente por todos los satisfactores que de ello se desprende y evitando así las circunstancias precarias en las que realizarían su servicio social si partieran a las zonas rurales marginadas. Resultando que de los 940 MPSS solo el 35% (329) realizó su servicio social en un campo clínico rural.

Lo dispuesto por las Normas Operativas del Servicio Social de las Carreras de la Salud (CIFRHS, 1986), el catálogo de plazas de servicio social de la entidad federativa, es elaborado por la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado, en coordinación con las otras instituciones de Salud, éstas deberán considerar como plazas para el servicio social aquellas que cumplan las siguientes prioridades:

- I. Unidades Auxiliares de Salud en áreas rurales de difícil acceso, con población dispersa de 500 a 1,000 habitantes.
- II. Unidad móvil de salud que atiendan las necesidades de la población de difícil acceso y con población dispersa.
- III. Unidades de Atención a población dispersa, ubicadas en localidades de 1,000 a 2,500 habitantes dispersos.
- IV. Unidades de Atención a población concentrada, localizadas en áreas rurales de más de 2,500 a 15,000 habitantes.
- V. Unidad de atención a población urbana, ubicadas en localidades de más de 15,000 habitantes, preferentemente en áreas de menor desarrollo económico y social.

De acuerdo a la definición de las unidades que contempla el punto anterior, las plazas de servicio social se establecen de acuerdo a la siguiente nomenclatura:

Tipo "C" Unidades comprendidas en las fracciones I, II, III

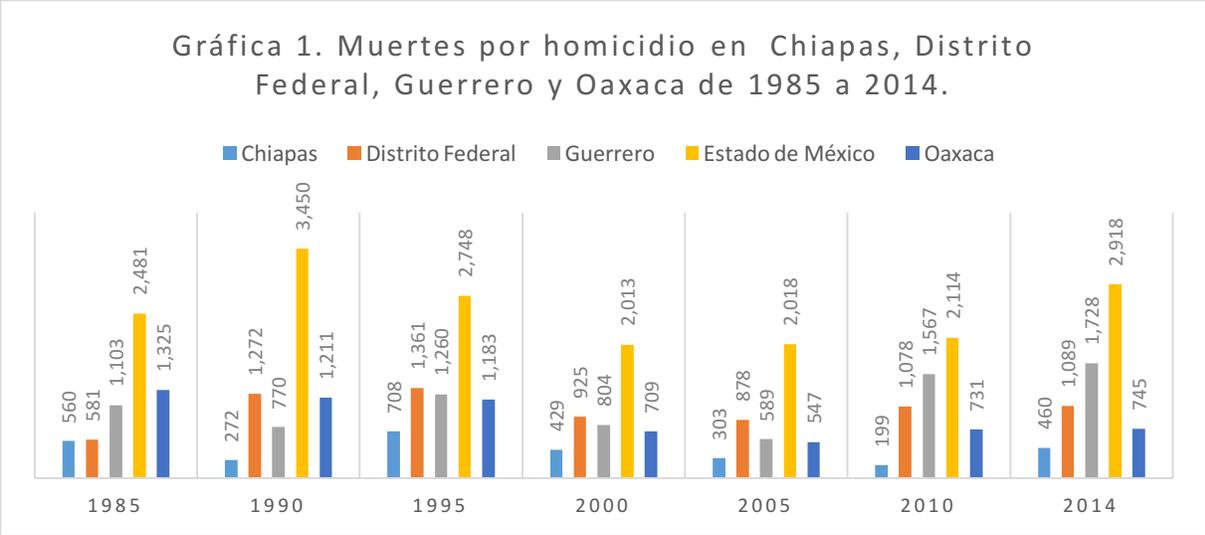
Tipo "B" Unidades comprendidas en la fracción IV

Tipo "A" Unidades comprendidas en la fracción V

## 1.6 Violencia en las entidades con mayor número de pasantes

Los estados de Oaxaca, Guerrero y Chiapas no solo son las entidades más pobres del país, sino que también son las entidades con un mayor número de hechos violentos, situación que guarda una estrecha relación con el índice de pobreza en cada región (Pridemore, 2008). En la gráfica 1 se puede observar que fue el Estado de México, quién en el 2014 presentó 2,918 muertes por homicidio, contribuyendo al 14.7% del total de muertes a nivel nacional por esta causa, cifra muy por arriba de la obtenida en la Ciudad de México (Distrito Federal), con 1089 muertes. Obtiene el segundo lugar en número de muertes totales por homicidio el estado de Guerrero con 589 muertes en el año 2005 y con un importante aumento de 1567 muertes en el año 2010 (SINAIS, 2016), probable resultado de la guerra contra el narcotráfico que emprendió el gobierno en turno durante este periodo (PROCESO, 2012).

Para corregir la confusión que puede generar la composición poblacional, es necesario realizar un procedimiento de análisis epidemiológico llamado “estandarización de tasas” (OPS, 2002). Los resultados de las tasas estandarizadas de muertes por homicidio (TEMH), refleja la estrecha relación que guarda el grado de pobreza y la violencia. En la gráfica 2 se comparan las TEMH de las entidades del país con mayor número de médicos pasantes, donde se observa que el estado de Guerrero es el que tiene el mayor peso por muertes por homicidio en los últimos 14 años, con una tasa estandarizada de 47 muertes por homicidio por cada 100,000 habitantes, recordemos que en este estado es el tercer estado con mayor índice de pobreza en México, cabe mencionar que Guerrero no solo es el estado con la tasa más alta, sino que es el estado que presentó un mayor aumento, pasando de una TEMH de 30 en el año 2000 a una tasa de 47 en el 2014 (SINAIS, 2016), tal vez el aumento sostenido se deba a que Guerrero es el principal productor de amapola en el mundo (Méndez, 2015) y la ya mencionada guerra contra el narcotráfico, mandando ahí a 60 MPSS en el ciclo escolar 2016, en esta entidad se enviaron a un total de 60 MPSS.



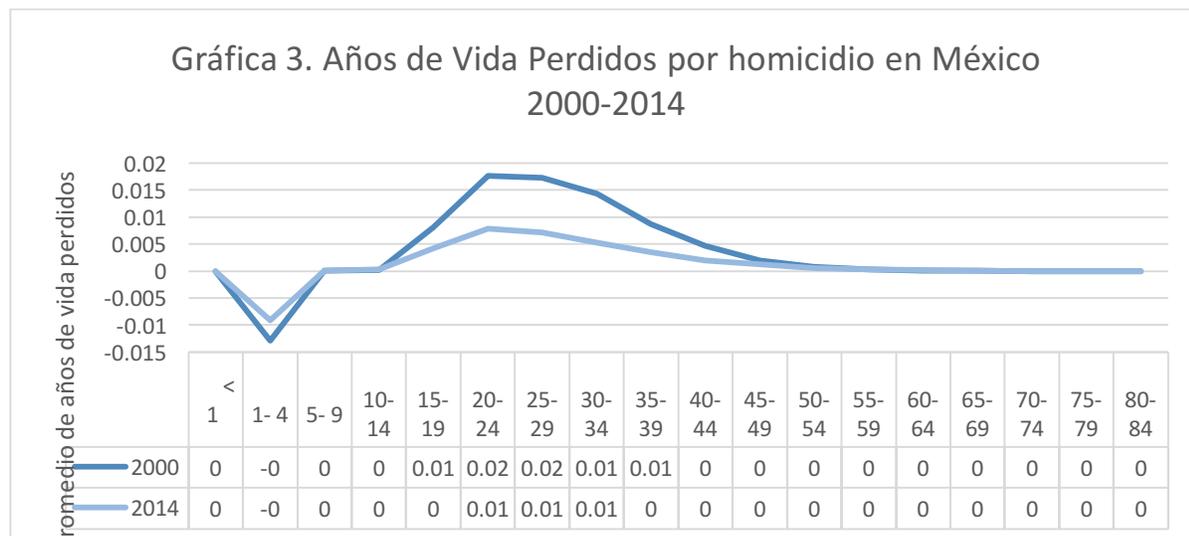
*Fuente de elaboración propia, datos tomados de Sistema Nacional de Información 2016.*



*Fuente de elaboración propia, datos tomados de Sistema Nacional de Información 2016.*

En el ciclo escolar 2016-17 fueron Guerrero, Chiapas y Oaxaca las entidades que recibieron a un número mayor de médicos pasantes, después de la Ciudad de México, con un total de 168 médicos en servicio social, lo que representó un 40% de los estudiantes inscritos en la modalidad de campos clínicos rurales. Al analizar el impacto que tienen las muertes por homicidio a través de los Años de Vida Perdidos (AVP), se observa que en México las edades con un mayor promedio de AVP son entre las edades de 15 a 35 años, el sector productivo del país, dónde en promedio por cada individuo de 20 a 25 años se pierden 0.02 Años de Vida saludable, como se puede observar en la gráfica 3. Actualmente la media de edad en la población de México

es 27 años (CONAPO, 2016), por lo que la gran mayoría de la población es quien posee el mayor riesgo de padecer una muerte por hechos violentos; cabe mencionar que la edad promedio de los médicos pasantes que realizan su servicio social en estas zonas más violentas del país, es la edad de mayor riesgo para ser víctima de violencia.



*Fuente de elaboración propia, datos tomados de Sistema Nacional de Información 2016*

Los años de vida perdidos tratan de determinar cuántos años de vida en promedio se pierde una población por la muerte de las personas a determinadas edades. Con base en las tasas específicas de mortalidad por edades, se calcula la vida promedio de la población (esperanza de vida) y determina cuántos años de vida se pierden considerando la hipótesis sobre cuántos años debería vivir la población (Arriaga, 1989). La información utilizada para el cálculo se tomó del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)/Secretaría de Salud (SS) y del Consejo Nacional de Población (CONAPO). Los datos de defunciones se obtuvieron para los años 2000-2014 por grupos quinquenales de edad. Los AVP se obtuvieron a partir de las tablas de vida del Observatorio Mundial de Salud de la OMS para el año 2012 y utilizando el programa de análisis estadístico Epidat 3.1 (DGlyGSP, 2016).

### 1.7 Implementación del servicio social de la Facultad de Medicina

La Facultad de Medicina de la UNAM cuenta con su propio reglamento para la implementación del servicio social, el cual corresponde al sexto año del plan de estudios de la

licenciatura de Médico Cirujano. El Reglamento para el Servicios Social (RSS) de los alumnos 2009, por disposición en su artículo 1º, tiene sus bases en el artículo 4º y 5º constitucional; los artículos 84, 85 y 86 de la Ley General de Salud; los artículos 52, 53, 54, 55, 56 y 59 de la Ley Reglamentaria del Artículo 5o. Constitucional; artículos 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92 y 93 del Reglamento de la Ley Reglamentaria del artículo 5o. Constitucional; Capítulo IV, artículos 21 y 22, Capítulo V y Reglamento General del Servicio Social de la Universidad Nacional Autónoma de México. (Facultad de Medicina, 2009)

En él se establecen los requisitos que el alumno debe de cumplir para poder realizar su servicio social, entre ellos, cumplir con el 100% de sus créditos y aprobar el examen profesional. Al igual indica las condiciones que deberá de tener el centro de salud, así como la comunidad beneficiaria, tales como los mínimos servicios básicos de vivienda, transporte y seguridad. Indica que al ser servicio social no se cuenta con los derechos ni obligaciones laborales, también habla de las actividades que los estudiantes están obligados a realizar.

Con base en el RSS de la Facultad de Medicina y la NOM 009 se elaboraron indicadores que permitieron evaluar de manera indirecta el cumplimiento de la normatividad del servicio social durante el año 2012, éstos fueron: Infraestructura, Educación continua, Supervisión, Remuneración y Seguridad, mismo que se comparan con los resultados obtenidos en una investigación acerca de las condiciones sociales de los médicos pasantes (Hamui-Sutton, 2012), obteniendo lo siguiente:

#### Infraestructura

*El centro de salud deberá contar con los servicios de infraestructura mínima que asegure la permanencia del prestador de servicio y la calidad de la atención médica en el primer nivel de la atención. Estos mínimos son: Servicios de energía, agua y drenaje o equivalente. Características*

- 13.7% de los médicos pasantes carece de agua potable.
- 1.5% sin electricidad.
- 30.2% ausencia de drenaje.
- 21.8% carece de ventilación adecuada.

*físicas de la unidad, áreas definidas y separadas para la consulta y la atención en el primer nivel; rehabilitación y baño para el alumno prestador del servicio. Equipo y material para brindar servicio en el primer nivel de atención médica.*

- 40.8% sin suministro continuo de gas.
- 11.1% sin baño independiente con regadera.
- 7.6% carece de cama para dormir.

### **Remuneración económica**

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

- Los alumnos recibieron una beca promedio mensual (aproximado) a 1,230 pesos, cantidad que no les permitió sufragar los gastos para vivir de manera digna.
- Siete de cada diez pasantes recibieron ayuda económica de alguien más para mantenerse.

### **Supervisión**

*Corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas y en coordinación con las autoridades educativas vigilar el ejercicio de los profesionales de la salud en la prestación de sus servicios.*

- 75.2% de los médicos pasantes percibió escaso respaldo de las instituciones estatales de salud.
- 68.3% observó insuficiente apoyo de la UNAM para el desempeño de su trabajo.

### **Educación continua**

*Las entidades federativas, con la participación de las instituciones de educación superior, elaborarán programas de carácter social para los profesionales de la salud, en beneficio de la colectividad.*

- 59.6% MPSS fueron incitados a modificar la información contenida en los reportes de salud.
- Solo 44.7% de los pasantes recibieron explicaciones, por parte de los médicos, acerca de las funciones que debían de realizar.
- Siete de cada diez pasantes afirmaron no haber contado con el apoyo de tiempo completo de los médicos titulados.
- 30.5% de los médicos no les tenían confianza a los médicos pasantes para realizar su trabajo.

### **Seguridad**

*Las instituciones de salud deberán establecer en coordinación con la institución de educación superior y las autoridades estatales, municipales y de la localidad, los mecanismos de protección a la integridad física de los pasantes durante la prestación del servicio social.*

- 35.9% intentos de irrupción sin consentimiento en el centro de salud, y en 16.8% de los casos se logró este propósito.
- Uno de cada diez pasantes señaló tentativa de acoso o abuso sexual.
- 18.7% Les robaron objetos de valor.
- 1.5% dijo haber sido víctima de secuestro o intento del mismo.
- 71.8% expresó que las autoridades de las comunidades donde laboraron no supervisaron la

seguridad de los médicos y a poco más de la mitad (55%) no se les indicó a su llegada a quién dirigirse en caso de enfrentar problemas de inseguridad dentro de la comunidad.

*Fuente de elaboración propia, datos tomados de Hamui-Sutton 2012*

Esto permite evidenciar que el 30% de las plazas asignadas no contaba con los requerimientos de infraestructura mínima necesaria; el 70% de los estudiantes no recibió la remuneración suficiente para llevar a cabo su labor; desde la perspectiva de los pasantes un 60-70% no fue debidamente supervisado, casi el 50% de los pasantes no recibió un adiestramiento adecuado al iniciar su servicio social y el 70% no obtuvo la vigilancia suficiente para su seguridad. Con lo anterior se demuestra que la normatividad vigente para la implementación del servicio social no se cumple de manera satisfactoria; y que a pesar de las condiciones en las que los médicos pasantes laboran y el grado de violencia en las comunidades receptoras, no existen cifras oficiales del porcentaje de deserción del servicio social en la modalidad de campos clínicos rurales.

En un informe del exdirector de la Facultad de Medicina de la UNAM, se menciona que solo en el período de 2012 se presentaron 62 incidencias en el servicio social, siendo las principales: depresión, maltrato por el personal de base, deficiente infraestructura, inseguridad pública y exceso de carga de trabajo, lo cual hizo que regresaran a la Ciudad de México 19 pasantes (Graue Wiechers, 2012). Sí consideramos que aproximadamente en la modalidad de campos clínicos rurales envían 400 pasantes, el porcentaje de deserción debe oscilar en un 7.6%, según lo mencionado en el informe, por lo que se podría inferir que uno de los factores que interviene en la no deserción del servicio social es su obligatoriedad, último requisito que los jóvenes médicos necesitan para su titulación, por lo que a pesar de las circunstancias en las que llegan a prestar su servicio social deciden continuar con el mismo.

## 2. Planteamiento del problema

El servicio social debiera verse como una introducción a la práctica profesional, por ello, debe de ser estrictamente supervisado por un tutor, orientado por un programa educativo y normado de manera idónea para garantizar en las zonas rurales marginadas una atención de salud de calidad, con recursos humanos efectivos, un adecuado entrenamiento de estrategias en promoción de la salud y acción sobre los determinantes sociales de la salud en estas poblaciones de mayor necesidad. El cumplimiento de los objetivos del servicio social en campos clínicos rurales, según lo documentado, se ha visto afectado por una serie de factores, entre ellos: escasa o nula educación continua, baja remuneración económica, falta de supervisión, escasa o deficiente preparación para el trabajo en áreas rurales o barrios urbanos marginales, insatisfactorio cumplimiento de la normatividad vigente, insuficiente seguridad y carencia de recursos humanos e insumos para ejercer su labor.

Por tanto, con la intención de dilucidar los motivos más frecuentes por los que los médicos pasantes no culminen su servicio social en la sede originalmente asignada, lo que se denominó como deserción, o prefieran realizar el mismo en una modalidad que no sea en campos clínicos rurales, y conocer el porcentaje de deserción del servicio social en la modalidad de campos clínicos rurales, se consideró necesario responder la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuáles son los factores que intervienen en la deserción del servicio social en la modalidad de campos clínicos rurales de estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNAM en el ciclo escolar 2016-17?**

### 3. Objetivo

- Identificar el porcentaje de deserción y los factores inherentes al pasante y del contexto del campo clínico, asociados con la deserción del servicio social en campos clínicos rurales en estudiante de medicina de la Facultad de Medicina de la UNAM en el ciclo escolar 2016-17.

#### 3.1 Objetivos específicos

- Estimar la frecuencia de deserción del servicio social en la modalidad de campos clínicos rurales.
- Describir las condiciones de infraestructura, recursos materiales y humanos, supervisión y seguridad de las unidades médicas donde realizaron el servicio social los MPSS durante el ciclo escolar 2016-17.
- Calificar la utilidad de las asignaturas del Plan 2010 de la carrera médico cirujano de la Facultad de Medicina, UNAM desde la perspectiva del médico pasante.

### 4. Hipótesis

Los estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNAM que cursan el sexto año de la licenciatura, durante el desarrollo de su servicio social, se encuentran en una situación de vulnerabilidad, donde laboran en un ambiente para el cual no han sido debidamente preparados, en condiciones desfavorables para el ejercicio de su profesión y en un ambiente de violencia; principalmente asociado al incumplimiento de la normatividad por parte de las instituciones pertinentes y las condiciones de pobreza en las comunidades receptoras.

### 5. Justificación

Es poca la evidencia acerca de las condiciones sociales en las que realizan su servicio social los estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNAM. El presente estudio pretende describir las circunstancias en las que los estudiantes desarrollan su servicio social en las sedes asignadas en la modalidad de campos clínicos rurales, y al igual conocer el porcentaje de deserción en la modalidad de campos clínicos rurales. Con la finalidad de apoyar con evidencia a los tomadores

de decisión y mejorar la situación actual que viven los jóvenes médicos pasantes. El estudio no solo reflejará el ambiente donde laboran los médicos pasantes, también indicará de manera indirecta las circunstancias sociodemográficas en las que viven miles de mexicanos en las zonas rurales marginadas en las que se insertan los estudiantes de medicina.

## 6. Marco teórico

Como se ha fundamentado anteriormente la realización del servicio social, específicamente en la carrera de Médico Cirujano, presenta una serie de factores y eventos que imposibilitan el cumplimiento de los objetivos por los cuales este se creó, lo que lo convierte en un **drama social**. Los dramas sociales se desarrollaban cuando los intereses y las actitudes de los grupos e individuos se encontraban en oposición obvia (Turner, 1974). Los dramas sociales se constituyen en unidades del proceso social que podían aislarse y describirse con exactitud, son entonces, unidades del proceso inarmónico o disarmónico que surgen en situaciones de conflicto. Víctor Turner comenta que existen 4 fases en las que se desarrolla el drama social:

1. **La brecha:** señalada por una infracción pública y abierta o por el incumplimiento deliberado de alguna norma decisiva en la interrelación social.
2. **Montar la crisis:** momento de peligro y suspenso que revelan el estado real de la situación, cuando es menos fácil ponerse máscaras o pretender que no hay nada roto.
3. **Acción reparadora:** para evitar que la crisis se expanda, entran en acción mecanismos de ajuste y de reparación. En esta fase las técnicas pragmáticas como la acción simbólica alcanzan su total expresión, puesto que es aquí donde la sociedad o la unidad social se encuentran en su máxima “autoconciencia” y pueden obtener claridad de alguien que está luchando por su porvenir.
4. **Reintegración o resultado temporal:** es una oportunidad para hacer un balance entre el evento, sus delimitaciones y ganancias, para lograr reincorporarse a su cotidianeidad.

Utilizando el esquema de drama social propuesto por Víctor Turner y conociendo el proceso que llevan a cabo los médicos pasantes para la realización de su servicio social y para fines del presente estudio se definen las 4 fases del drama social durante el servicio social:

**1. Brecha:** Selección de la sede del servicio social, la cual dependerá de su promedio obtenido al finalizar la carrera, entre más bajo promedio tengan en peores condiciones socioeconómicas será la comunidad a elegir.

**2. Expansión de la brecha:** Al llegar a lugar seleccionado, sin previo conocimiento del mismo, algunas veces sin los recursos básicos (agua, luz, y drenaje), vivir en condiciones en las que nunca lo habían hecho, alejados de sus familias y seres queridos; e incomunicados.

**3. Acciones delimitadoras o de contención:** los sujetos llevan a cabo estrategias para solucionar y sobrellevar su vida cotidiana. La acción reparadora conlleva un estado liminal, en el que realizan actividades que ayuden a transformar su condición de vida, los médicos pasantes deciden quedarse y sobrellevar su situación o piden realizar algún cambio de sede o modalidad.

**4. Reintegración:** Se incorporan socialmente o sufren una escisión definitiva en sus grupos sociales, además de valorarse los resultados tanto políticos, económicos y sociales que se obtuvieron tanto al quedarse en su población o haberse regresado a la ciudad.

Este drama social, no solamente es vivido por los sujetos quienes conviven directamente con el **evento**, también es experimentado por toda una colectividad, es decir, involucra a su entorno social, laboral, familiar y de pareja, situaciones que obligan al sujeto a actuar para lograr una vida más plena, en nuestro caso, lograr un servicio social exitoso. Basándose en este enfoque se conocerá cuál fue la trayectoria del médico pasante durante el desarrollo del servicio social, identificando aquellas variables presentes antes y durante el mismo, ubicándolas en el tiempo, según se presenten durante el camino a recorrer del joven médico estudiante.

## 7. Marco conceptual\*

Variable antecedente	Variable Independiente	Variable interviniente	Variable Dependiente
<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Sociodemográficos</div> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Actitud hacia la política de obligatoriedad</div> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Promedio de la licenciatura del pasante</div> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Distribución de los recursos materiales</div> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Elección de la unidad médica como sede del S.S.</div> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Condición académica del pasante</div> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px;">Evaluación del programa del S.S.</div>	<div style="border: 1px solid green; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Infraestructura de la unidad médica</div> <div style="border: 1px solid green; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Seguridad</div> <div style="border: 1px solid green; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Educación continua</div> <div style="border: 1px solid green; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Servicio de Alimentación</div> <div style="border: 1px solid green; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Remuneración económica</div> <div style="border: 1px solid green; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Supervisión</div> <div style="border: 1px solid green; padding: 5px;">Incumplimiento por parte del pasante</div>	<div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Violencia en la comunidad</div> <div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Marginación en la comunidad</div> <div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Coordinación entre las instituciones de salud y educativas</div> <div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Recursos humanos contratados</div> <div style="border: 1px solid orange; padding: 5px;">Expectativas del pasante hacia el SS</div>	<div style="border: 1px solid red; padding: 10px; text-align: center;"> <b>Deserción del servicio social</b> </div>

Fuente: Elaboración propia, tomado de (Nigenda, 2013; Vazquez Martinez, 2010; Hamui-Sutton, 2012; DOF, Diario Oficial de la Federación, 2014).

\*La operacionalización de las variables se encuentra en anexo 1.

## 8. Metodología

-Diseño de estudio: Estudio de prevalencia (transversal).

-Definición de la población objetivo: Estudiantes del sexto año de la Facultad de Medicina, que realicen durante el ciclo escolar 2016-17, su servicio social.

-Criterios de selección:

Inclusión: Todos los alumnos del servicio social inscritos en el ciclo escolar 2016-17.

Exclusión: No existieron criterios de exclusión.

Eliminación: Encuestas incompletas o mal llenadas.

Ubicación Espacio – Temporal: La encuesta se aplicó en el período de enero-febrero 2017, al finalizar el servicio social del ciclo escolar 2016-17.

Diseño Muestral: Base poblacional.

### 8.1 Ruta crítica

8.1.1. Se elaboraron dos instrumentos, un instrumento para los médicos pasantes en la modalidad de campos clínicos rurales y otro para los estudiantes que finalizaron su servicio social en las otras modalidades (Vinculación, Investigación o Universitario).

8.1.1.1. Modalidad de campos clínicos rurales

8.1.1.2. Otras modalidades

8.1.2. Se utilizó el programa “Google Form” para la elaboración, envío de los instrumentos en línea y la obtención de resultados.

8.1.3. Con el apoyo de la Coordinación del Servicio Social de la Facultad de Medicina de la UNAM, a cargo del Dr. Abel Delgado durante el ciclo escolar 2016 – 2017, se enviaron los dos instrumentos de medición según la modalidad de servicio que hayan elegido.

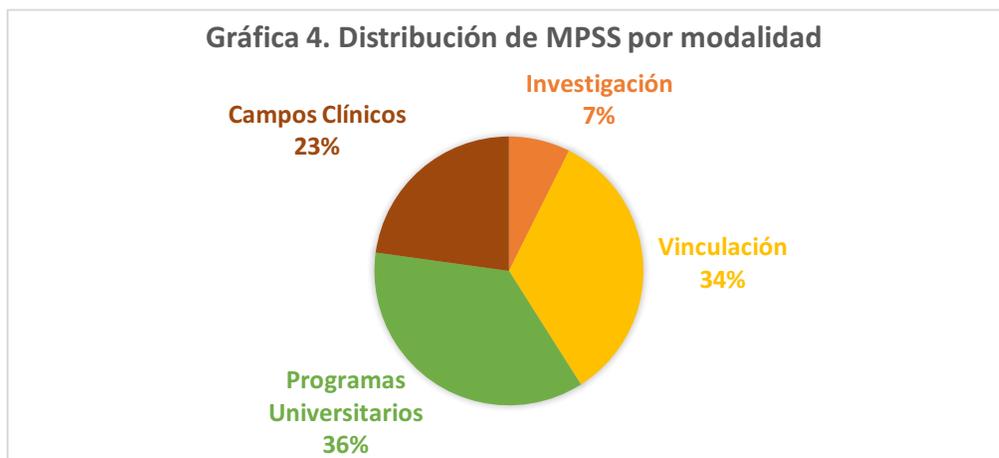
8.1.3. En las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central y para las variables cualitativas proporciones.

8.1.4. Identificaron los casos de deserción y se obtuvo el porcentaje de los principales factores asociados a la misma.

## 9. Resultados descriptivos del servicio social durante el ciclo escolar 2016-17.

### 9.1. Descripción de la población general de médicos pasantes del servicio social (MPSS)

Se obtuvo la respuesta de 868 estudiantes que realizaron su servicio social durante el ciclo escolar 2016-17, su distribución se muestra en la gráfica 4. La modalidad de campos clínicos rurales fue la segunda modalidad que recibió una menor cantidad de estudiantes, como se muestra, con solo el 22.8% (198) de MPSS, la modalidad de Programas Universitarios fue la modalidad que recibió a la mayor cantidad de MPSS, con el 36% (314).



Como se muestra en la tabla 2, del total de MPSS el 62.8% (545) fueron mujeres y 37.2% (323) hombres. La modalidad de campos clínicos fue dónde hubo una mayor proporción de mujeres, de los 198 MPSS en esta modalidad, el 68.2% (135) fueron mujeres.

Tabla 2. Distribución de MPSS por modalidad y sexo										
Sexo	Programas Universitarios		Vinculación		Campos Clínicos		Investigación		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No	%
<b>Mujeres</b>	191	22	182	21	135	15.6	37	4.3	545	62.8
<b>Hombres</b>	123	14.2	110	12.6	63	7.2	27	3.1	323	37.2
<b>Total</b>	314	36.2	292	33.6	198	22.8	64	7.4	868	100

## 9.2 Descripción de la población en la modalidad de campos clínicos rurales

La distribución por sexo de los MPSS de la tabla 2, muestra que en la modalidad de campos clínicos el 68.2 % (135) de los MPSS fueron mujeres y el 31.8% (63) hombres. La edad tuvo una distribución normal, con una media de 25.7 años, con una desviación estándar de 3.2. Como se muestra en la tabla 3, el 92.5% (182) de los MPSS tuvo una edad que oscilaba entre los 24 a 27 años. La tabla 4 muestra que el 95% (188) de los MPSS fueron solteros en el momento del estudio, solo el 5% (10) comentó tener un estado civil de pareja.

<b>Edad</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
24 a 27 años	182	92.5
28 años	6	3.0
29 años	3	1.5
30 a 32 años	5	2.5
62 años	1	0.5
<b>Total</b>	<b>198</b>	<b>100</b>

<b>Estado Civil</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Soltero	188	95
Casado	7	3.5
Unión libre	3	1,5
<b>Total</b>	<b>198</b>	<b>100,0</b>

### 9.2.1 Distribución de MPSS por entidad en la modalidad de campos clínicos rurales

En la tabla 5 se muestra que la entidad federativa con un mayor número de MPSS fue la Ciudad de México con el 33.8% (67); en segundo lugar, el estado de Guerrero con 16.8% (33); en tercer lugar, Oaxaca 7.1% (14); en cuarto lugar, Chiapas con 6.6% (13); en quinto lugar, el Estado de México con 6.1% (12). La entidad con un menor número de estudiantes fue Sonora, con solo 2 MPSS. Las segundas entidades con un menor número de MPSS fueron los estados de Veracruz y Tlaxcala donde solo hubo 7 MPSS respectivamente.

Tabla 5 MPSS 2016-17 por entidad					
<i>Estado</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>	<i>Estado</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
<b>1. Ciudad de México</b>	67	33.8	<b>8. Puebla</b>	8	4
<b>2. Guerrero</b>	33	16.8	<b>9. Hidalgo</b>	8	4
<b>3. Oaxaca</b>	14	7.1	<b>10. Morelos</b>	8	4
<b>4. Chiapas</b>	13	6.6	<b>11. Tlaxcala</b>	7	3.5
<b>5. Estado de México</b>	12	6.1	<b>12. Veracruz</b>	7	3.5
<b>6. San Luis Potosí</b>	10	5.1	<b>13. Sonora</b>	2	1
<b>7. Zacatecas</b>	9	4.6	<b>Total</b>	198	100

La tabla 6 muestra que la institución de salud que tuvo un mayor número de MPSS fue la Secretaría de Salud, con el 58.6% (116), mientras que el Instituto Mexicano del Seguro Social contó con el 41.4% (82) de MPSS. La distribución respecto al tipo de plaza fue la siguiente: las unidades médicas tipo C, como se muestra en la tabla 7, fueron las que contaron con el mayor porcentaje de MPSS con el 43.9% (89), éstas plazas pertenecieron principalmente a los estado de Chiapas, Guerrero y Oaxaca. Las plazas tipo A contaron con el 25.3% (50) de los MPSS, de las cuales, el 98% se ubicaron en la Ciudad de México. En las plazas tipo CC se asignaron al 15.2% (30) de los MPSS, el 70% de estas plazas pertenecieron al estado de Guerrero; y en último lugar las plazas tipo B con el 12.1% (24) de los MPSS, de estos, el 50% (12) ubicados en el estado de Guerrero. Sin embargo, el 3.5% (7) de los MPSS no sabían a qué tipo de plaza pertenecía su sede del servicio social.

Tabla 6 MPSS 2016-17 por institución		
<i>Institución</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
Secretaría de Salud	116	58,6
Instituto Mexicano del Seguro Social	82	41,4
<b>Total</b>	<b>198</b>	<b>100,0</b>

Tabla 7 MPSS 2016-17 por Tipo de Plaza		
<i>Tipo de plaza</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
Tipo C	87	43,9
Tipo A	50	25,3
Tipo CC	30	15,2
Tipo B	24	12,1
No sé	7	3,5
<b>Total</b>	<b>198</b>	<b>100,0</b>

### 9.2.2 Trayectoria escolar de los MPSS en la modalidad de campos clínicos

Lo promedios de los MPSS tuvieron una distribución normal, siendo la media de 8.6 con una desviación estándar 0.44. Como se muestra en la tabla 8, el grupo de MPSS con un promedio de 8.5 a 8.9 fue el más numeroso, con el 45.95% (91); y en último lugar el grupo con promedio 7.0 a 7.4 con el 1% (2). Cuando se analiza su distribución por promedio se observa que todos aquellos con un promedio mayor a 9.0, 52 MPSS, el 67.3% (35) seleccionaron la Ciudad de México como su sede del servicio social, con únicamente plazas Tipo A y Tipo B; mientras que solo un 19.2% (10) de MPSS con promedio igual o mayor a 9 seleccionó alguna comunidad rural.

<b>Promedio</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
9.5 a 9.9	7	3.5
9.0 a 9.4	39	19.7
8.5 a 8.9	91	46.0
8.0 a 8.4	47	23.7
7.5 a 7.9	12	6.1
7.0 a 7.4	2	1.0
<b>Total</b>	<b>198</b>	<b>100</b>

<b>Trayectoria escolar/realizó</b>	<b>Si</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Actividades docentes o de instructor	41	20.7	157	79.3
Actividades de investigación	31	15.7	167	84.3
PAEA	7	3.5	191	96.5
Ex PAEA	10	5	188	95

Durante su trayectoria escolar los estudiantes de medicina pueden realizar diferentes actividades que ayuden a su desarrollo profesional, tales como: actividades docentes o de instructor, actividades de investigación y/o formar parte, o haber formado parte, del Programa de Alta Exigencia Académica (PAEA). Pero la gran mayoría de los MPSS en la modalidad de campos clínicos rurales no realizó alguna de las actividades anteriores; como se muestra en la tabla 9. La actividad que reportó una mayor frecuencia fueron las actividades docentes o de instructor con un 20.70% (41); encontrando que la minoría de los estudiantes PAEA prefieren otra modalidad del servicio social diferente a la de campos clínicos, observando que solo el 3.5% (7) de los MPSS pertenecía al momento del estudio al PAEA.

Como se muestra en la tabla 10, el 7.5% (15) de los MPSS no consideró la modalidad de campos clínicos rurales como su primera opción de servicio social. El programa de Vinculación Académica fue la modalidad que más rechazó a MPSS, seguido por el Programa Universitario y en último lugar el Programa de Investigación.

<b>Tabla 10 MPSS 2016-17 primera elección campos clínicos</b>		
<b>Aplicó a otra modalidad</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
No	183	92,5
Si, Investigación	1	,5
Si, Programa Universitario	6	3,0
Si, Vinculación Académica	8	4,0
<b>Total</b>	<b>198</b>	<b>100,0</b>

#### **10. Descripción de la población desertora en la modalidad de campos clínicos rurales 2016-17**

El instrumento para la modalidad de campos clínicos se elaboró para todos aquellos estudiantes que iniciaron en esta modalidad su servicio social. Sin embargo, el instrumento fue aplicado a los MPSS que finalizaron su servicio social en esa modalidad, por lo que no se puede demostrar el porcentaje real de deserción en la modalidad de campos clínicos rurales. Sin embargo, se puede observar los casos de deserción que iniciaron y finalizaron en la modalidad de campos clínicos rurales, en otras palabras, aquellos estudiantes que cambiaron de unidad médica sin cambiar de modalidad. Al igual los resultados obtenidos permiten describir las condiciones en las que realizaron su servicio los estudiantes que finalizaron en la modalidad de campos clínicos. Demostrando en la tabla 11 que durante el ciclo escolar 2016 – 2017, en la modalidad de campos clínicos rurales, el 9.6% (19) de MPSS que realizaron su servicio social en esta modalidad, desertaron de la plaza original de adscripción.

Tabla 11. Casos de deserción de la plaza original de adscripción por sexo						
Sexo	Deserción				Total	
	Si	%	No	%	No.	%
<b>Mujeres</b>	14	7.1	121	61.1	135	68.2
<b>Hombres</b>	5	2.5	58	29.3	63	31.8
<b>Total</b>	19	9.6	179	90.4	198	100

Del total de casos de deserción de su unidad médica (19), el 73.7% (14) fueron mujeres, y el 26.3% (5) restante hombres. Al analizar por sexo se encontró que del total de hombres (63) en la población, el 7.9% (5) desertaron de su unidad médica; y del total de mujeres (135), el 10.4% desertó. Si se ajusta la diferencia de población por sexo, a través de la estandarización por método directo, y como se muestra en la tabla 12, se mantiene esta situación, ya que si hubiera la misma cantidad de hombres y mujeres en la modalidad de campos clínicos, la deserción de su unidad médica sería más frecuente en las mujeres que en los hombres.

Tabla 12 Deserción estandarizada por sexo				
Sexo	Tasa de deserción	Población	Población estándar (A+B)	Deserción estandarizada
<b>Hombres (A)</b>	7.9	63	198	2.5
<b>Mujeres (B)</b>	10.4	135	198	3.3

La edad media de los MPSS desertores de su unidad médica fue de 25 años, con una desviación estándar de 0.44. El total de MPSS que desertaron de su unidad médica fueron solteros al momento del estudio.

### 10.1 Distribución por entidad de los casos de deserción de unidad médica

Como se puede observar en la tabla 13 las entidades con un mayor número de deserción fueron los estados de Oaxaca y Chiapas, ambos con un 26.3% (5) respectivamente. En el estado de Oaxaca el 100% fueron mujeres, siendo Guerrero la segunda entidad con un mayor porcentaje de deserción por mujeres.

<b>Tabla 13 Deserción 2016-17 por entidad y sexo</b>						
<b>Entidad</b>	<b>Hombre</b>		<b>Mujer</b>		<b>Total</b>	<b>%</b>
	Total	%	Total	%		
Chiapas	2	10,5	3	15,8	5	26.3
Oaxaca	0	0	5	26.3	5	26.3
Ciudad de México	2	10.5	2	10.5	4	21.1
Guerrero	1	5,3	1	5,3	2	10.5
SLP	0	0	2	10.5	2	10.5
Estado de México	0	0	1	5,3	1	5.3
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>26,3</b>	<b>14</b>	<b>73,7</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

Considerando el total de MPSS por entidad se observa que, en el estado de Oaxaca (14), el 28.6% desertó de su unidad médica; del total de MPSS en el estado de Chiapas (13), el 38.5% (5) desertó; en la Ciudad de México (67), el 6% (4) desertó; en el estado de Guerrero (33) 6.1% desertó; en el estado de San Luis Potosí (10), el 20% (2) desertó; y en el Estado de México (12), el 8.3% (1) desertó; de modo que el estado de Chiapas fue la entidad con un mayor número de casos de deserción de unidad médica, seguido por Oaxaca, en cambio, fue la Ciudad de México la entidad con el menor porcentaje de deserción.

Como se muestra en la tabla 14, la institución de salud en la que se presentó un mayor número de deserción fue la Secretaría de Salud (SS), ya que del total de MPSS pasantes que realizaron su servicio social en ésta, el 12.1% (14) desertó, mientras que aquellos MPSS que realizaron su servicio social en el IMSS (82), el 6.1% (5) desertó.

<b>Tabla 14 Deserción 2016-17 por institución de salud y tipo de plaza</b>			
<b>Institución de salud</b>	<b>No. De unidades</b>	<b>No. Deserción</b>	<b>% de deserción</b>
IMSS	82	5	6.1
SS	116	14	12.1
<b>Total</b>	<b>198</b>	<b>19</b>	<b>18.2</b>

Analizando la deserción por tipo de plaza se encontró que las plazas tipo CC fueron las que tuvieron una mayor proporción de deserción de la unidad médica, como se muestra en la tabla 15, del total de MPSS en las plazas CC (30), el 13.3% (4) desertó, de ellos 2 estaban ubicados en el estado de Chiapas; y el 100% de los casos pertenecieron a la SS. Sin embargo, estandarizando por el método directo, se obtiene que las Plazas tipo C presentarían una mayor frecuencia de deserción si hubiese la misma cantidad de unidades médicas por tipo de plaza. En el caso de MPSS en plazas tipo A (50), el 10 % (5) desertó, de ellas el 80% (4) se encontraban en la encontraban en la Ciudad de México y 3 de ellas pertenecieron a la SS.

<b>Tabla 15 Deserción de unidad médica por Tipo de Plaza</b>					
<b>Tipo de plaza</b>	<b>No.*</b>	<b>%</b>	<b>No. deserción</b>	<b>% Deserción</b>	<b>Deserción estandarizada</b>
Tipo C	87	45.5	9	10.3	4.5
Tipo A	50	26.2	5	10.0	2.5
Tipo CC	30	15.7	4	13.3	2.0
Tipo B	24	12.6	1	4.2	0.5

\*Nota: Solo se contó con los datos de 191 MPSS que registraron el tipo de plaza de su unidad médica.

## 10.2 Trayectoria escolar de los MPSS que desertaron de la unidad médica

El promedio de los MPSS desertores de unidad médica tuvo una distribución normal, con una mediana de 8.6 y una desviación estándar 0.4. Como se muestra en la tabla 16 el grupo de MPSS con promedio de 7.5 a 7.9, es donde se encuentra la mayor frecuencia de deserción, del total de MPSS con este promedio (12), el 33.3% (4) desertó de su

<b>Tabla 16 Porcentaje de deserción por promedio</b>			
<b>Promedio</b>	<b>No.</b>	<b>Deserción</b>	<b>% Deserción</b>
8.5 a 8.9	91	9	9.9
7.5 a 7.9	12	4	33.3
8.0 a 8.4	47	3	6.4
9.0 a 9.4	39	3	7.7

unidad médica. De los 7 estudiantes desertores con promedio < 8.5, 3 se encontraban en Oaxaca, 2 en Guerrero y 2 en Chiapas, todos estaban en plazas tipo C y CC. Los 3 estudiantes desertores con promedio mayor a 9.0 el 100% fueron en Chiapas y en su totalidad fueron plazas tipo C.

### 10.3 Motivos de deserción de la unidad médica en la modalidad de campos clínicos

De los 19 casos de deserción de unidad médica, 1 MPSS hombre de la SS en plaza Tipo CC, no especificó el motivo por el cual cambió de unidad médica. Solo 2 casos de deserción fueron por situaciones que marca el RSS y la NOM 009, 1 de ellos fue porque la unidad médica no cumplía con los requisitos considerados en el RSS, siendo mujer en una plaza Tipo B del IMSS; y el otro caso, MPSS mujer en una sede de la Secretaria de Salud tipo C, se debió a que su integridad física fue afectada, por falta de seguridad y por no recibir alojamiento. Los 16 casos restante de deserción de la unidad médica fueron causados por situaciones que no contempla la normatividad, como se muestra en la tabla 17.

<b>Tabla 17 Motivos de deserción fuera de la normatividad</b>					
<b>Plaza</b>	<b>Institución</b>	<b>Entidad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Promedio</b>	<b>Motivo</b>
Tipo A	SS	CdMx	Hombre	8.8	Por lejanía de la sede
Tipo A	SS	CdMx	Hombre	8.8	Por lejanía de la sede
Tipo A	IMSS	CdMx	Mujer	8.8	La sede se canceló
Tipo A	SS	CdMx	Mujer	8.9	Por lejanía de la sede
Tipo A	IMSS	Edo. Mex	Mujer	8.7	Por lejanía de la sede
Tipo C	IMSS	Chiapas	Hombre	8.3	Falta de coordinador de enseñanza
Tipo C	SS	Chiapas	Hombre	9.1	La sede contaba con médico de base
Tipo C	IMSS	Chiapas	Mujer	8.6	Decisión de la jurisdicción
Tipo C	SS	Oaxaca	Mujer	7.8	Decisión de la jurisdicción
Tipo C	SS	Oaxaca	Mujer	8.6	La sede contaba con médico de base
Tipo C	SS	Oaxaca	Mujer	7.7	Decisión de la jurisdicción
Tipo C	SS	Chiapas	Mujer	9	Población no suficiente para un MPSS
Tipo C	SS	Chiapas	Mujer	9.1	Ya había un MPSS
Tipo CC	SS	SLP	Mujer	8.5	Decisión de la jurisdicción
Tipo CC	SS	Oaxaca	Mujer	7.8	Decisión de la jurisdicción
Tipo CC	SS	Guerrero	Mujer	7.8	Mala relación con MPSS

Considerando las características y condiciones en las que debieran de desarrollar su servicio social los médicos pasantes según la normatividad, se puede observar en la tabla 18 que de los casos de deserción (19), 3 sedes no cumplían con los requerimientos mínimos de una unidad médica, 3 MPSS refirieron falta de seguridad, 3 estudiantes tuvieron problemas con el personal de la unidad, 3 MPSS no recibieron alojamiento, 2 MPSS sufrieron violencia y 2 MPSS no recibieron beca.

Tabla 18 Motivos de deserción según normatividad por sexo				
Motivo	Sexo		Total	
	Hombre	Mujer	No.	%
	Si	Si		
No cumple RSS	0	3	3	15.8
Integridad afectada	0	2	2	10.5
Falta de seguridad	0	3	3	15.8
No recibió beca	0	2	2	10.5
Problemas con personal	1	2	3	15.8
Alojamiento	0	3	3	15.8

Del total de mujeres que desertaron de su unidad médica (14), 5 mencionaron a la violencia como un motivo de deserción, de ellas 3 por falta de seguridad y 2 porqué su integridad física y/o emocional fue afectada; importante señalar que no hubo hombres que manifestaran alguna de las anteriores y que del 100% de MPSS hombres que desertaron de su unidad médica los motivos se debieron a causas fuera de la normatividad.

## 10.4 Cumplimiento de la normatividad y condiciones actuales en la modalidad de campos clínicos rurales

### 10.4.1 Actividades de la Coordinación del Servicio Social

La normatividad para la implementación del servicio social establece que la Coordinación del Servicio Social deberá de realizar diferentes actividades con el objetivo de que los estudiantes conozcan las diferentes unidades de salud que son sedes para el servicio social. Como se observa en la tabla 19, los informes elaborados por otros MPSS, que debiera de contener toda la información necesaria de la sede y la comunidad, es la actividad que menos reportó realizarse,

el 74.7% (148) de MPSS mencionó no haber recibido esta información, y el 84.2% (16) de MPSS reportó no haber contado con dichos informes.

En cambio, la actividad que tuvo una mayor presencia fue el Taller Introdutorio al Servicio Social, del total de MPSS el 79.8% (158) mencionó haber participado en el taller, de ellos el 58.2% (92) de los MPSS comenta que el taller estuvo a cargo de la institución de salud, el 18.4 % (29) de las veces estuvo a cargo de la Coordinación del Servicio Social y el 23.4% (37) de los casos ambas instituciones estuvieron a cargo. La actividad que no tuvo presencia para en los casos de deserción de unidad médica fue la mapoteca, ya que ninguno de los casos de deserción mencionó haber tenido acceso a dicha actividad.

Tabla 19 Actividades de la Coordinación del Servicio Social		
Actividad	Total	%
<b>Informes Elaborados</b>		
Si	36	18.2
No	148	74.7
No sé	14	7.1
<b>Catálogo</b>		
Si	79	39.9
No	108	54.5
No sé	11	5.6
<b>Mapoteca</b>		
Si	16	8.1
No	153	77.3
No sé	29	14.6
<b>Taller introductorio</b>		
Si	158	79.8
No	36	18.2
No sé	4	2

#### 10.4.2 Recursos humanos en las unidades médicas

La reglamentación para que una sede sea parte del servicio social indica como requisito que exista un médico responsable en la unidad. Sin embargo, como se muestra en la tabla 20, el 34.8% de las sedes no contaban con médico responsable, por lo que se puede afirmar que el 34.8% de las sedes del servicio social no eran elegibles por este motivo. La normatividad también menciona que se debe de garantizar la seguridad del médico pasante, sin embargo, el 43.9% (87) de las sedes no contaban con el personal que se encargue de la seguridad de la unidad médica y por lo tanto de la seguridad del médico pasante.

Tabla 20 Ausencia de recursos humanos en las unidades médicas		
Recurso	No.	%
Médico	69	34.8
Enfermera	13	6.6
Administrativo	88	44.0
Intendencia	55	27.8
Vigilancia	87	43.9

### 10.4.3 Servicios y recursos materiales en las unidades médicas

Las sedes del servicio social deben de tener al menos los servicios básicos (luz, agua y drenaje), según lo indica la NOM 009, pero del total de sedes. Como se observa en tabla 21, el 1.5% (3) de las sedes no contaban con electricidad, el 7.6% (15) no contaban con agua potable y el 1.5% (3) no tenían drenaje, por lo que al menos 15 sedes no debieron formar parte de las sedes del servicio social.

El 15.1% (30) de las unidades médicas, desde la perspectiva del médico pasante, no contaban con el equipo necesario; el 30.2% (60) mencionó no contar con el medicamento y material necesarios; el 13.6% (27) no contó con ningún medio de comunicación y el 57.6% no

tuvo algún medio de traslado para referir a pacientes que necesiten otro tipo de atención. Las sedes del servicio social deben de contar con una habitación para dar alojamiento al médico pasante y un baño para el uso exclusivo del estudiante. Sin embargo, el 48.5% (96) de MPSS mencionó que la unidad médica no contaba con habitación, aún peor, el 54% (107) de MPSS no recibió alojamiento y el 48% (96) MPSS no contó con baño exclusivo.

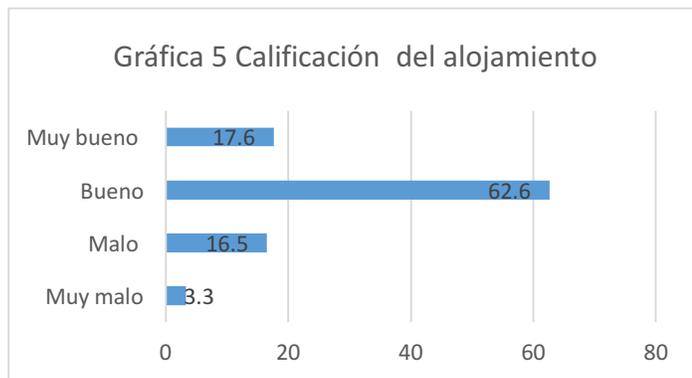
Tabla 21 Número de sedes sin servicios y recursos materiales		
Servicios y recursos materiales	No	%
Electricidad	3	1.5
Agua potable	15	7.6
Drenaje	3	1.5
Equipo necesario	30	15.1
Medicamento y material	60	30.2
Medio de comunicación	27	13.6
Traslado de paciente	114	57.6
Habitación MPSS	96	48.5
Baño MPSS	95	48
Alojamiento	107	54

### 10.4.4 Características del alojamiento

Como se muestra en la tabla 22 del total de MPSS solo el 46% (91) recibió alojamiento; 4 de ellos no contaron con cama para dormir, 1 MPSS no tuvo inodoro, 19 MPSS no tuvieron refrigerador y 4 MPSS no contaron lavamanos, elementos esenciales para una buena subsistencia, como lo es el cuidado personal y la conserva de alimentos. El servicio del que en mayor medida carecieron fue de intendencia, seguidos de guardaropa, calentador de agua y cocina respectivamente.

**Tabla 22 Incumplimiento de las características del alojamiento**

Alojamiento	No	%
Regadera	10	11
Lavamanos	4	4.4
Calentador de agua	31	34.1
Refrigerador	19	20.9
Cama	4	4.4
Cocina	30	33
Inodoro	1	1.1%
Guardarropa	35	38.5%
Intendencia	65	71.4%



De los 91 médicos pasantes que recibieron alojamiento, se observa en la gráfica 5, que el 81% (73) de MPSS consideró, entre bueno y muy bueno, su alojamiento; y el 19% (18) opinó que su alojamiento fue malo y muy malo.

#### 10.4.5 Características de la alimentación en la modalidad de campos clínicos

Otras de las características para que una comunidad reciba a un médico pasantes es que ésta, en coordinación con la institución de salud, deben de otorgar el servicio de alimentación al médico pasante. De los 198 MPSS solo el 32.3% (64) recibió alimentación, por lo tanto, el 67.7% (134) de los MPSS no recibió alimentación durante su servicio social.

**Tabla 23 Características de los alimentos**

Características	Total	%
No higiénicos	8	12.5
No suficientes	23	35.9
No balanceados	30	46.9
No nutritivos	23	35.9
No completos	27	42.2

Aunque no está estipulado dentro de la normatividad del servicio social, todos los alimentos deben de cumplir con ciertas características como: higiénicos (inocuos); suficientes (conforme a las calorías necesarias de cada persona); balanceados (que contengan las cantidades recomendadas de carbohidratos, grasas y proteínas); nutritivos; y completos (que contengan de todos los grupos de alimentos).

Como se muestra en la tabla 23, del pequeño porcentaje de MPSS que recibió alimentación el 12.5% (8) consideró que estos no fueron higiénicos, el 35.9% (23) opinó que no fueron suficientes, el 46.9% (30) manifestó que no fueron balanceados, el 35.9% (23) no nutritivos y el 42.2% (27) comentó que no fueron completos.

#### **10.4.6 Remuneración económica (beca)**

La NOM 009 establece que los médicos pasantes deberán recibir una remuneración económica acorde a las actividades que realicen y esta deberá permitir solventar su estancia en la comunidad. Las becas varían según el tipo de plaza, en algunos casos, como en la montaña de Guerrero, llega a los \$5000 pesos mensuales con plazas tipo CC, o en el caso de las plazas tipo A algunos no llegan a recibir beca.

Los resultados demuestran que solo el 94.9% (188) de MPSS recibieron beca, considerando los datos antes mostrados, una porcentaje considerable no recibió alojamiento ni alimentos, y por lo tanto los MPSS se hicieron cargo de gastos de vivienda y alimentación, por lo que se les cuestionó si consideraban suficiente la beca para realizar su servicio social y si recibieron algún apoyo externo para lograrlo, encontrando que, el 75.5% (144) de los encuestados considera insuficiente la remuneración económica y el 36.6% (67) tuvo que recibir apoyo externo para poder concluir su servicio social en la modalidad

#### **10.4.7 Actividades obligatorias de las instituciones de salud y la Facultad de Medicina de la UNAM**

Durante el desarrollo del servicio social tanto las instituciones de salud (SS e IMSS) y la Facultad de Medicina de la UNAM, tienen que realizar ciertas actividades indicadas en las Bases para la Implementación del Servicio Social, como son: supervisión del trabajo del médico pasante y cursos de educación continua. También las bases indican que la evaluación del desarrollo del servicio social es una actividad a cargo de la Facultad de Medicina UNAM.

Tabla 24 Actividades obligatorias de las instituciones de salud y educativas				
Actividades obligatorias	Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces
Supervisión Facultad de Medicina	144	48	4	2
Supervisión Institución	47	34	23	93
Curso educación continua FM	163	32	2	1
Curso educación continua institución	41	52	35	70
Evaluación FM	176	19	2	1

Como se muestra en la tabla 24, la Facultad de Medicina UNAM, en una proporción considerable no lleva a cabo actividades que son de su competencia, por ejemplo, no evaluó al 88.9% (176) de los MPSS, y al igual no continúa con su proceso de formación en un 88.9% (163). Siendo las instituciones de salud las que en mayor medida cumplen con estas actividades, pero no en su totalidad.

#### 10.4.8 Seguridad de los médicos pasantes en campos clínicos rurales

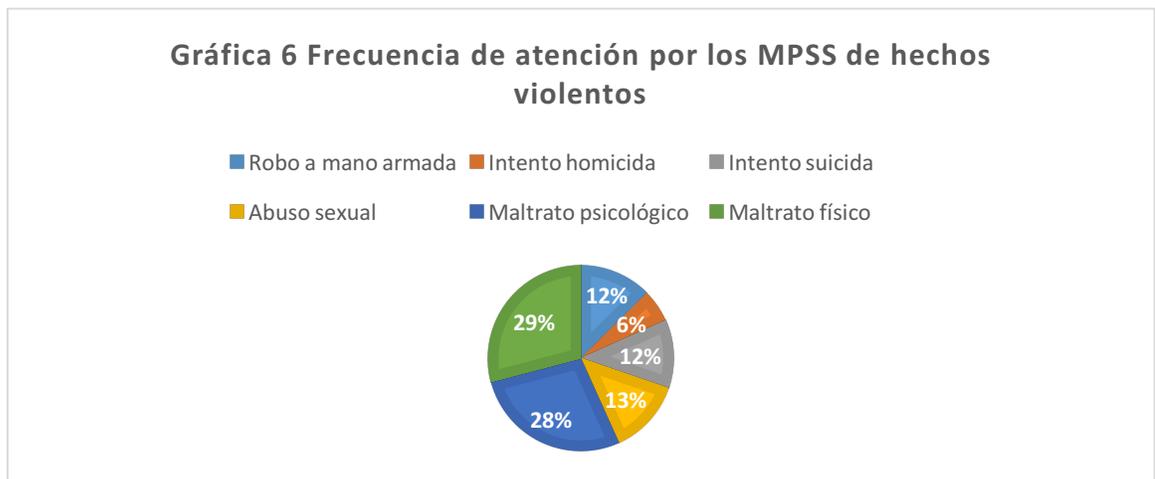
Como se ha expuesto en los antecedentes, la seguridad es un problema a nivel nacional en México, hecho que está estrechamente vinculado con la pobreza, siendo mayor en los estados que tienen esta característica como los son Guerrero y Chiapas, estados que no solo son los más pobres, sino que reciben a un porcentaje considerable de médicos pasantes. Es responsabilidad de las instituciones de salud y las autoridades de la localidad garantizar la seguridad del médico pasante.

Se muestra en la tabla 25, que las unidades no cumplen con algunas de las características mínimas de seguridad, el 17.2% (34) de las unidades médicas no contaron con barda perimetral, el 10.1% (20) no contaba con cerraduras, el 22.7% (45) no

Tabla 25 Características de las unidades médicas		
Seguridad	Ausencia	%
Barda perimetral	34	17.2
Puertas con cerraduras	20	10.1
Protección en ventanas	45	22.7
Vigilancia	80	40.4
Alarma	127	64.1
Conocimiento de autoridades	48	24.2

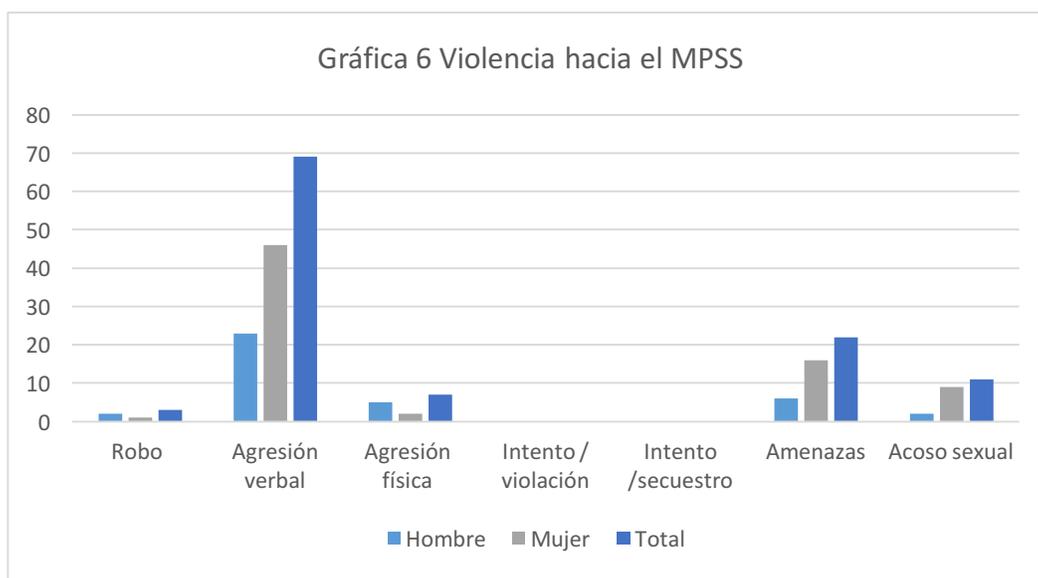
tuvieron ventanas con protección, el 40.4% (80) no contó con algún medio de vigilancia y 64.1% (127) no tenían alarma en caso de alguna incidencia. Agregado a estas deficientes características de seguridad, al 24.2% (48) de los médicos pasantes no se les informó quiénes eran las autoridades responsables de la comunidad o quién dirigirse en caso de algún incidente.

Para conocer el grado de seguridad en la comunidad se cuestionó si durante el desarrollo del servicio social tuvieron algún paciente que haya sufrido de algún hecho violento, mostrando en la gráfica 6, que al menos el 63.1% (125) de los MPSS atendió por maltrato físico, siendo este el hecho violento más frecuente; lamentablemente el 28.1% (56) de MPSS atendió casos de abusos sexual, un porcentaje similar, el 27.2 % (54) manifestó haber tratado casos de robo a mano armada y en menor medida atendieron por intentos homicidas.



Con respecto a la frecuencia con que atendieron las anteriores, el estado de Guerrero fue la entidad donde reportó una mayor prevalencia, del total de MPSS en esa entidad (33) el 27.3% (9) comentó que fueron de frecuentes a muy frecuentes, siendo el abuso sexual y el maltrato físico el que más prevaleció. Seguido muy de cerca por Chiapas, donde el 23% de sus MPSS manifestó de frecuente a muy frecuente los hechos violentos. Sin embargo, no podemos minimizar por porcentajes a los otros casos que manifestaron hechos violentos, por ejemplo, un médico pasante mujer en una plaza tipo A, en la Ciudad de México, manifestó que todas las causas fueron muy frecuentes, en comparación con Guerrero, que en su mayoría fueron aquellas por uso de fuerza y poder como violencia física y acoso sexual.

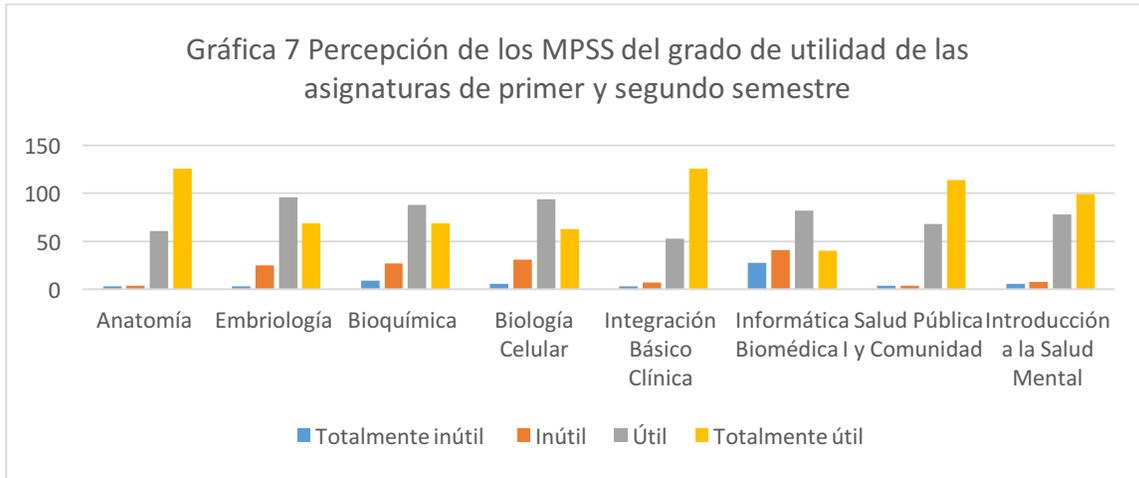
Con respecto a las experiencias de hechos violentos hacia los médicos pasantes y como se demuestra en la gráfica 6, la agresión verbal es el tipo de violencia que se reportó con mayor frecuencia, el 34.8% (69) del total de MPSS mencionó haberla padecido, y de ellos el 66.7% (46) son mujeres. En segundo lugar, se encuentran las amenazas, un 11.1% (22) de los MPSS fue víctima de amenazas, del total de casos reportados son las mujeres, 72.7% (16), quienes en mayor medida mencionaron haber las de padecido. En tercer lugar, se encontraron los casos de acoso sexual, con un total de 11 casos, de ellos 9 fueron reportados por MPSS mujeres, 3 de ellas pertenecientes al estado de Oaxaca, 2 al estado de Zacatecas y 2 al estado de Chiapas. La agresión física se encuentra en la cuarta posición con un total de 7 casos, en este rubro fueron los hombres quienes en mayor medida mencionaron padecer algún hecho de violencia física con un total de 5 casos.



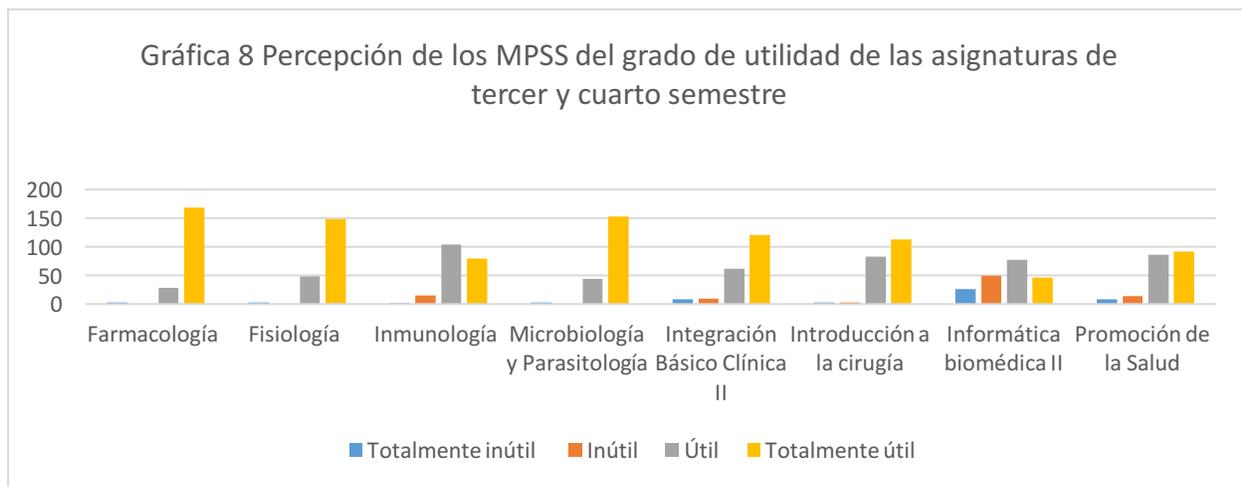
#### 10.4.9 Opinión de su formación médica para el trabajo en comunidad.

Con respecto al grado de utilidad para el trabajo en comunidad de las asignaturas del Programa Académico del Plan 2010 de la carrera de Médico Cirujano de la Facultad de Medicina UNAM, los MPSS opinaron que la gran mayoría de ellas son de utilidad, pero con algunas diferencias importantes. Como se muestra en la gráfica 7, desde la perspectiva de los MPSS la

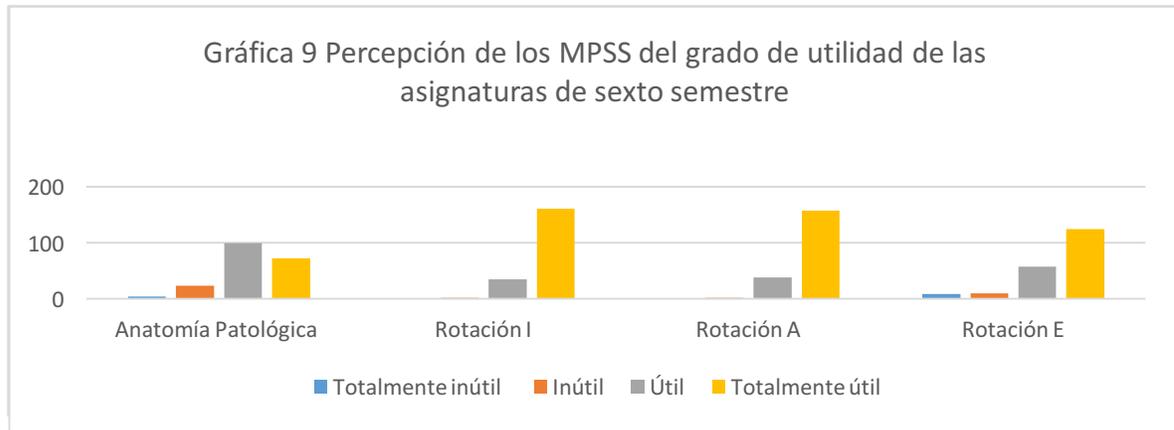
asignatura de Informática Biomédica I fue considerado de menor utilidad para el trabajo en comunidad por el 34.8% (69) de los MPSS, seguida por la asignatura de Histología y Biología Celular. En cambio, las asignaturas de Anatomía, Salud Pública y Comunidad e Integración Básico Clínica son las asignaturas que consideran de una mayor utilidad para el trabajo en comunidad.



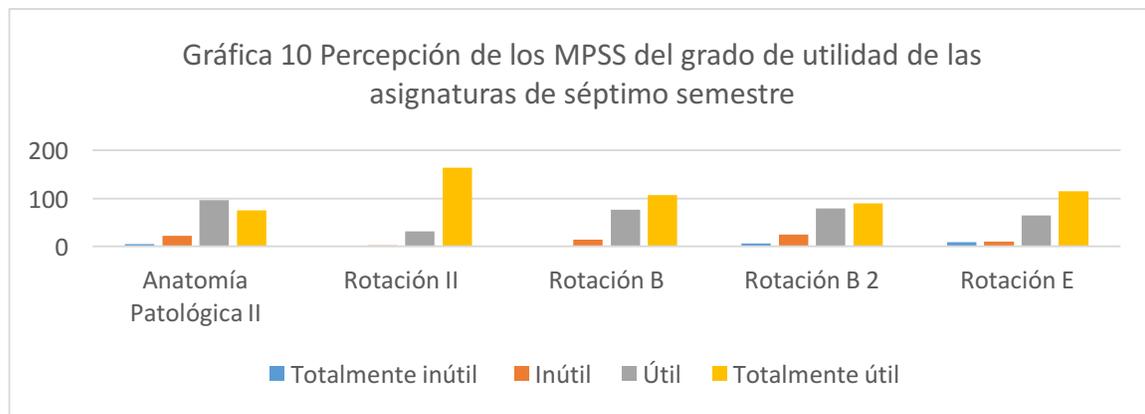
Dentro de las asignaturas de tercer y cuarto semestre, como se muestra en la gráfica 8, las asignaturas que se consideraron de menor utilidad fueron las asignaturas de Informática biomédica II y Promoción de la Salud, con un 37.9% (75) y 10.6% (21), respectivamente., En cambio, aquellas consideradas de mayor utilidad por el 98.9% (196) de los MPSS fueron: Farmacología, Fisiología e Inmunología.



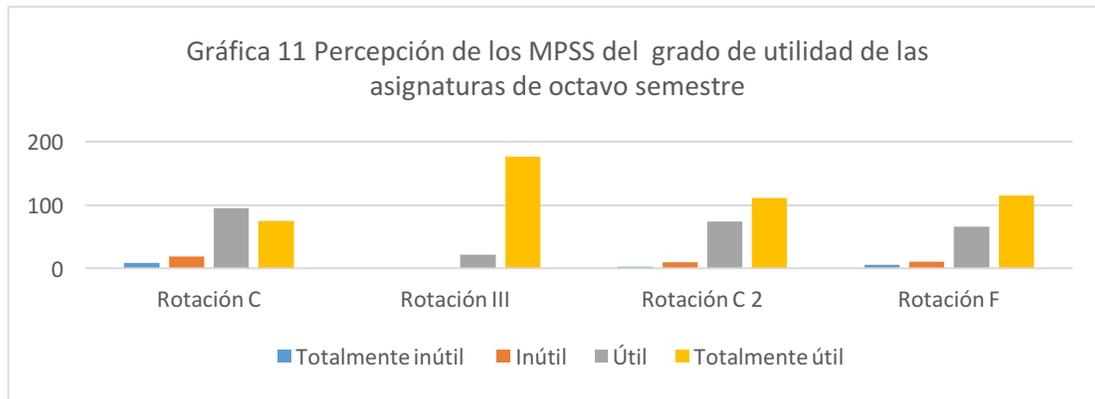
En el caso de las asignaturas de sexto semestre y como se muestra en la gráfica 9, Anatomía Patológica obtuvo el menor porcentaje de utilidad, el 13.6% (27) la consideró de totalmente inútil a inútil, seguido por la asignatura que corresponde a la Rotación E (Integración Clínico Básica) con un 5.6% (11). En cambio, la Rotación I (Cardiología, Neumología, Otorrinolaringología, Urología y Psiquiatría) y Rotación A (Nefrología, Hematología y Farmacología Terapéutica) fueron consideradas de mayor utilidad por el 99% de los MPSS.



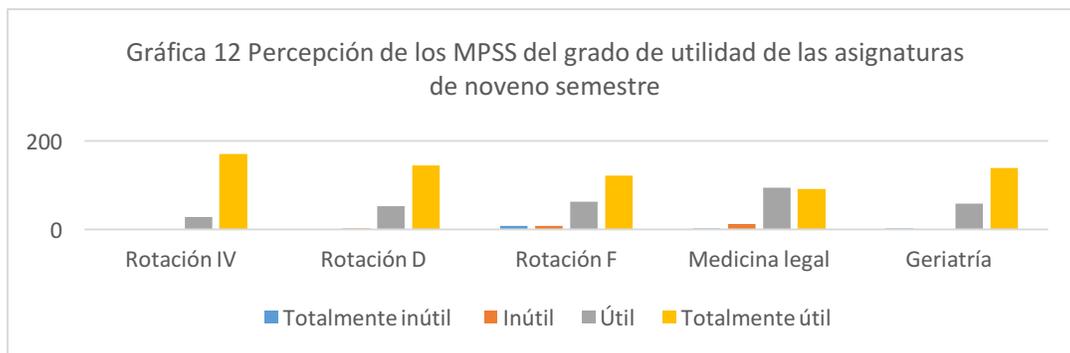
Como se muestra en la gráfica 10, la asignatura del séptimo semestre que corresponde a la Rotación B2 (Antropología Médica e Interculturalidad), reportó el menor grado de utilidad, según el 15.7% (31) de los MPSS; seguida por Anatomía Patológica II, con un 13.6% (27). Nuevamente las asignaturas clínicas de la Rotación II (Gastroenterología, Endocrinología, Dermatología, Neurología y Oftalmología) son las que la gran mayoría de los MPSS, el 98% (194), consideraron de mayor utilidad.



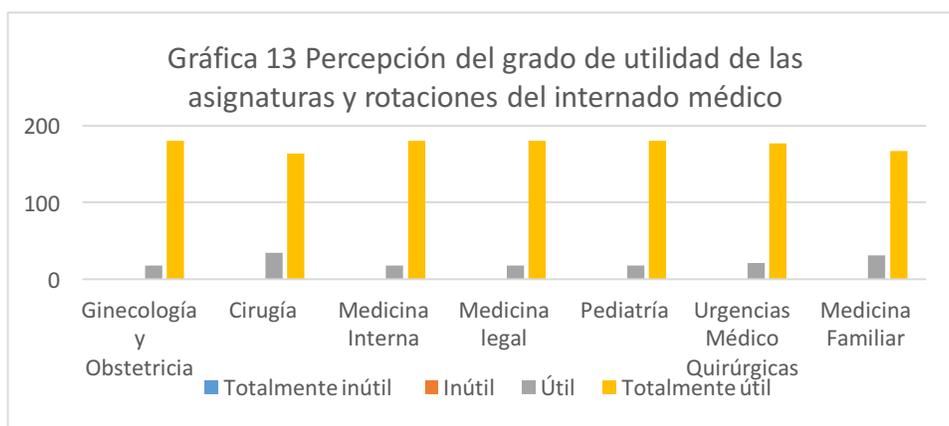
En la gráfica 11 se muestra que, en el octavo semestre la asignatura de la Rotación III (Ginecología y Obstetricia) es la asignatura que presentó un mayor grado de utilidad, bajo el criterio del 100% (196) de los MPSS, es también la primera asignatura que obtuvo el mayor porcentaje, según el 82.8% (164) de los MPSS, de Totalmente útil. En cambio, la Rotación C (Ambiente, Trabajo y Salud; Bioética y Profesionalismo; e Historia y Filosofía de la Medicina), obtuvo el mayor bajo grado de utilidad por el 14.1% (28) de los MPSS; seguido por la Rotación F (Integración Clínico Básica), dónde el 5.1% (19) de MPSS opinó que es de baja utilidad.



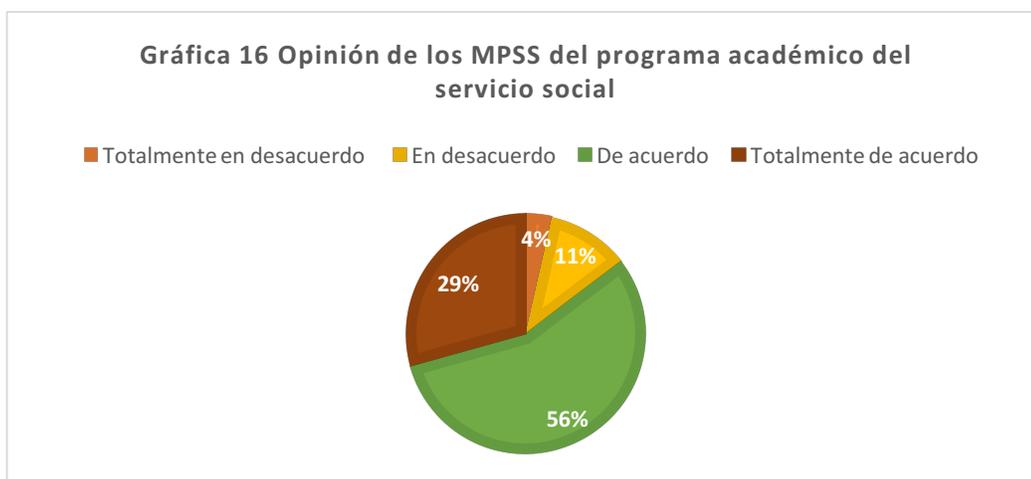
Para las asignaturas de noveno semestre, se muestra en la gráfica 12 que la Rotación IV (Cirugía y Urgencias Médicas; y Ortopedia y Traumatología), obtuvo en su totalidad opiniones de Útil a Totalmente útil, con un 13.6% (27) y 86.4% (171) respectivamente; seguidos por la Rotación D (Infectología, Reumatología y Algología) y Geriatria, que obtuvieron, casi en su totalidad, un buen grado de utilidad. Aquella que consideraron de menor utilidad, pero solo por el 7.6% (15) de los MPSS, fue la asignatura de la Rotación F (Integración Clínico Básica III), siendo ésta la asignatura que en todos los semestres se presentó como de menor utilidad para el trabajo en utilidad.



El internado médico todas sus rotaciones obtuvieron un excelente grado de utilidad, ninguna fue considerada de poca utilidad por los MPSS. Como se muestra en la gráfica 13, en este ciclo escolar las asignaturas que obtuvieron un mayor porcentaje de Totalmente útil, según el 90.9% (180) de los MPSS, fueron: Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna y Pediatría; siendo la asignatura de Cirugía y Medicina Familiar las que obtuvieron menos opiniones de Totalmente útil, con el 82.8% (180) y 84.3% (167) respectivamente.

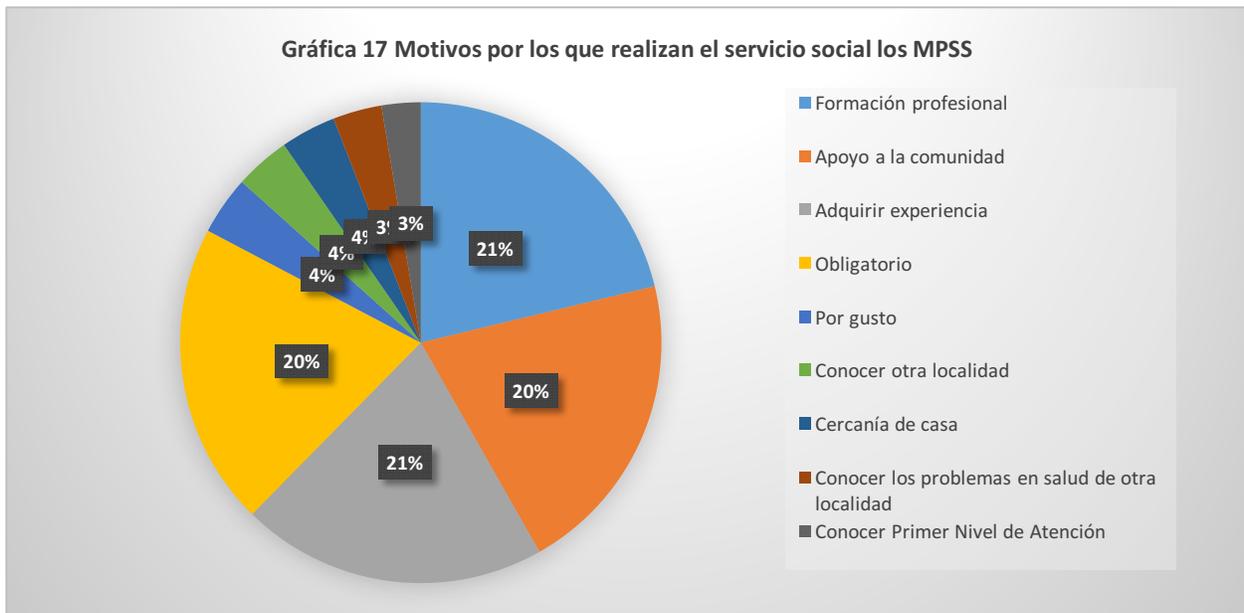


Propiamente durante el servicio social los MPSS no llevan ninguna asignatura, pero están obligados a llevar a cabo el Programa Académico del Servicio Social, por lo que se les cuestionó a los MPSS si consideraban este programa adecuado para el trabajo en comunidad, como se muestra en la gráfica 16, la gran mayoría, el 85% (169) de los MPSS, lo considera adecuada y solo el 15% (28) de ellos opinó que no lo es.



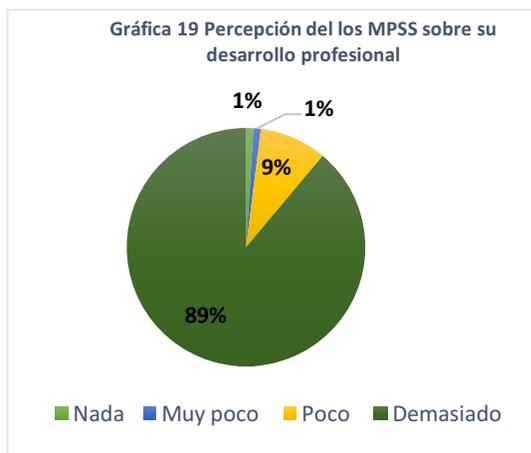
#### 10.4.10 Expectativas, perspectivas y experiencias del servicio social

Como se muestra en la gráfica 17, el principal motivo por el cual realizaron el servicio social los MPSS fue porque consideran al servicio social como parte importante de su formación profesional, según la opinión del 49% (97) de los MPSS. Ubicados en el segundo motivo, se encuentran: porque consideran al servicio social como una manera de recontribuir a la sociedad por su formación; y porqué consideran al servicio social como un medio para adquirir experiencia profesional, según el 47.5% (94) de los MPSS. El tercer motivo de mayor frecuencia es la obligatoriedad, como parte de su programa académico para finalizar sus estudios, mencionado por el 47% (93) de los MPSS. Sin embargo, se mencionan otros motivos en menor frecuencia, pero que no se les debe de restar importancia, por ejemplo, el 9.1% (18) realizó su servicio social por gusto y vocación; 7.6% (15) mencionan que para conocer las problemáticas de salud de otras localidades e incluso un 4% (8) de los MPSS lo realizaron como una manera de aislarse y alejarse de sus familias.



¿Qué pasaría si el servicio social no fuera obligatorio?, el 82% (164) de los MPSS encuestados opinaron que volverían a realizar su servicio social aún si éste no fuera obligatorio, solo el 7.6% (15) opinó que de ninguna manera lo cursarían de no ser obligatorio, tal como se muestra en la gráfica 18. Después de realizar su servicio social, el 88.9% (176) de los MPSS

considera que éste ayudó demasiado a su formación profesional, pese a las circunstancias en las que lo desarrollaron. En cambio, el 11.1% (22) de los MPSS consideró que el servicio social ayudó de poco a nada a su formación profesional, como se muestra en la gráfica 19.



## 11 Discusión

Durante el ciclo escolar 2016-17, 198 MPSS realizaron su servicio social en la modalidad de campos clínicos rurales, considerando esta cifra como el total de estudiantes que realizaron su servicio social en esta modalidad y se compara con los 426 estudiantes que realizaron su servicio social en la misma modalidad durante el ciclo escolar 2015 -16, se puede afirmar que la cantidad de estudiantes en la modalidad de campos cínicos rurales ha disminuido en un 53.5%, en tan solo un año de diferencia.

Comparado con la distribución de MPSS durante el ciclo 2015-16, hubo 3 entidades que durante el ciclo 2016-17 no fueron receptoras de médicos pasantes (Baja California Sur, Coahuila y Durango) y las entidades que se agregaron en este ciclo escolar fueron Morelos y el Estado de México. Las entidades en las que hubo una mayor disminución de MPSS fueron los estados de Sonora con un 83.3%, lo que representó 10 MPSS menos en esta entidad, mientras que en Oaxaca hubo una disminución de 77.8%, representando 49 MPSS menos en dicha entidad, puesto que, según lo comentado en la Coordinación del Servicio Social hubo cambio del jefe jurisdiccional en

esa entidad, lo que dificultó la comunicación entre ambas instituciones. De igual manera y debido a la disminución en MPSS, no existió alguna entidad que recibiera igual o mayor cantidad de estudiantes. La institución que recibió un menor número de MPSS fue el IMSS, lo que representó una disminución del 56.6% en esta institución, mientras que la SS obtuvo un 51% menos de MPSS.

El resultado obtenido durante el desarrollo del servicio social parte de la subjetividad de cada MPSS y de las experiencias que cada uno de ellos tuviera, así como de su cosmovisión y capacidades personales, como la resiliencia. Por otro lado, los médicos pasantes y las sedes están insertadas en comunidades que viven en esa realidad, sin el acceso a los servicios básicos y sin las condiciones óptimas de seguridad, reflejando no una realidad del servicio social, sino la realidad de un primer nivel de atención del sistema de salud mexicano que no cuenta con los recursos y medios suficiente para otorgar una adecuada atención, y al igual demuestra la realidad en la que viven las comunidades rurales marginadas. Tomando el caso de la alimentación, la comunidad ofreció a los MPSS los alimentos que ellos tienen, demostrando lo deficiente que puede llegar a ser la alimentación en México en algunas comunidades, sobre todo en las áreas rurales. Es importante recordar que el estudiante, en la gran mayoría de las veces, no es originario de la comunidad en la que llega a realizar su servicio social, por lo que las cifras obtenidas en los resultados demuestran la vulnerabilidad en la que se encuentran los MPSS al cumplir con esta actividad que el mismo sistema los obliga a realizar. Retomando las fases propuestas de la teoría del Drama Social de los MPSS en la modalidad de campos clínico se describen las características de cada una de las etapas presentes:

### 1. Brecha -> Selección de la unidad médica

De 868 MPSS en el ciclo 2016-17, solo el 22.8% (198) realizó su servicio social en la modalidad de campos clínicos rurales, de ellos el 68.2% (135) fueron mujeres. La edad media fue de 25 años y el 95% (188), fueron solteros. La media con respecto al promedio obtenido para seleccionar sede del servicio social fue de 8.6. La información para seleccionar sede fue muy imprecisa, el 74.7% (148) de los MPSS no tuvo acceso a los informes elaborados por otros

médicos pasantes de las sedes ofertadas, y 77.3% (153) de MPSS mencionan no haber obtenido la mapoteca para conocer la ubicación de las sedes.

## 2. Expansión de la brecha → Llegada a la comunidad y sede asignada

Los MPSS pasantes con el desconocimiento de las condiciones de la comunidad y la sede en las que fueron asignados, son insertados en éstas, muchas de las cuales son comunidades rurales marginadas, reflejando así no solo las condiciones en las que se realiza el servicio social en la modalidad de campos clínicos, sino también las condiciones en las que viven estas comunidades receptoras. La normatividad vigente estipula las características que deberán de tener las unidades médicas y la comunidad para que sean considerados como sedes del servicio social, sin embargo, ésta no llega a cumplirse en su totalidad, dando como resultado que: el 1.5% (3) no contó con electricidad y drenaje; el 7.6% (15) no tuvo agua potable, en el 34.8% (69) de las sedes no hubo médico responsable del MPSS, el 43.9% (87) careció de vigilancia, 48% (96) no tuvieron habitación, el 48% (95) no contó con baño dentro de la unidad médica, 54% (107) no recibió alojamiento, 13.65% (27) no contó con acceso a un medio de comunicación, 67.7% (134) no recibió alimentación y 24.2% (48) no fue informado de quiénes eran las autoridades competentes en su localidad para situaciones de emergencias.

## 3. Acciones delimitadoras o de contención → Deserción de unidad médica

Del total de casos de deserción de la unidad médica, solo 3 son casos de deserción por incumplimiento de normatividad por parte de las instituciones, razón única y suficiente para ser caso de deserción. Sin embargo, 16 motivos de deserción son situaciones que no contempla la normatividad como causa para poder desertar. Los motivos por los que hubo cambio de unidad médica varían dependiendo principalmente del promedio, en el caso de los promedios por arriba de la media se debió en su mayoría a que las sedes quedaban retiradas del hogar del MPSS; en el caso de los promedio por debajo de la media se debió por decisiones de la propia jurisdicción; incluso existieron motivos que forman parte de la reglamentación para que una sede clínica sea parte del servicio social, como tener un médico de base en la unidad, sin embargo, hubo 2 casos de deserción por existir médico responsable en la unidad.

#### 4.- Reintegración → desarrollo del servicio social.

Los MPSS pasantes que continuaron desarrollando su servicio social en la modalidad de campos clínicos, solo 91 de ellos recibieron alojamiento, el 11% no contó con regadera, 4.4% no tuvo lavamanos y tampoco cama para dormir, el 33% no tuvo cocina y el 20.9% careció de refrigerador. Sin embargo, la gran mayoría de ellos calificó de manera positiva el alojamiento. De los 64 MPSS que recibieron alimentos, éstos no satisfacían las necesidades de los estudiantes, según la opinión del 35.9% de MPSS. La vigilancia y evaluación de los MPSS por parte de la institución educativa no es llevada a cabo en el 72.7% (144) de los casos, y a pesar de que es una actividad formativa el 82.3% (163) de MPSS no recibió ningún curso de educación continua por parte de la Facultad de Medicina UNAM.

A pesar del porcentaje elevado del incumplimiento de la normatividad, se puede inferir que los médicos pasantes en su mayoría tienen una gran resiliencia, ya que a pesar de todo concluyen satisfactoriamente su servicio social, o que en su mayoría no conocen la normatividad que rige al servicio social, por lo tanto, no conocen las características en las que se debiera de desarrollar el mismo. Pero al final, la mayoría de los MPSS considera de gran importancia para su formación profesional la realización del servicio social en la modalidad de campos clínicos, ya que pese a todas las circunstancias, el 89% (172) de los MPSS consideran que la modalidad en campos clínicos del servicio social ayudó demasiado a su desarrollo profesional, solo el 7.6% (15) opinó que de ninguna manera lo cursarían si no fuera obligatorio, probablemente porque sus experiencias no fueron satisfactorias y no tuvieron otro motivo más que finalizar su servicio social. Por esta situación se debe de garantizar el planeo desarrollo del servicio social y aún considerarla principalmente como parte integral de la formación de un médico en el primer nivel de atención y no de manera asistencial, cumpliendo con actividades que le competen al Estado garantizar en esas comunidades.

## Diagrama del drama social de los médicos pasantes



Las asignaturas contenidas en el programa académico en el Plan 2010, acordé a lo comentado por los MPSS, son adecuadas para el trabajo en comunidad, pero con algunas diferencias entre las asignaturas de cada semestre, obteniendo que para las asignaturas de primer y segundo semestre Informática Biomédica es considerada de menor utilidad, tal vez por las condiciones en las que los MPSS realizaron su servicio social, pues no contaron con el equipo de cómputo dentro de las unidades médicas. En el caso de Promoción de la Salud en el Ciclo de Vida, que igual es considerada de baja utilidad, tal vez se deba porque en aquel entonces el contenido de la asignatura, en una gran proporción era Epidemiología, y no de aquellos contenidos necesarios para desarrollar técnicas y estrategias de Promoción de la Salud y prevención de enfermedades en la comunidad, pensando que serían futuros médicos generales y no epidemiólogos.

## **12 Conclusiones**

Se puede evidenciar que existe una menor cantidad de médicos pasantes en la modalidad de campos clínicos rurales, pese a que éste fuera su objetivo de creación y razón de ser. Dentro del Plan 2010 se contempla el trabajo en comunidad, e inclusive, existe una materia con ese nombre, pero siendo la primera generación de médicos pasantes que realizan su servicio social dentro de este plan, podríamos interpretar que no se logró el objetivo de dicha asignatura y que probablemente las competencias o los espacios de enseñanza en segundo nivel de atención no sean el enfoque adecuado para formar médicos en el primer nivel de atención.

No se pudo obtener el porcentaje real de deserción debido a que el instrumento no se aplicó a la población objetivo, sin embargo, los resultados permiten analizar las circunstancias y el ambiente en el que desarrollaron su servicio social, aquellas personas que iniciaron y finalizaron en la modalidad de campos clínicos rurales. El promedio resultó esencial para no padecer situaciones de irregularidad durante su servicio social, la gran mayoría de los promedios por arriba de la media obtuvieron plazas que cumplen con toda la normatividad, pero aquellos de promedio bajos presentaron con mayor frecuencia algunas situaciones fuera de la

normatividad. Incluso, en los casos de deserción los motivos varían desde situaciones de confort como “me quedaba lejos de mi casa” para los promedios altos y llegando a “porqué había un médico de base” para un promedio por debajo de la media, aun siendo un requisito la existencia de un médico de base según la NOM 009. Aunque se debe de recalcar que ambos casos y la gran mayoría de los registrados como deserción, fueron situaciones que están que fuera de lo que establece la normatividad.

En el ambiente de violencia que se vive actualmente en todo el país, las mujeres son las que mayormente manifestaron padecer algún hecho violento, siendo el acoso sexual lo que en mayor medida reportaron; sin que esto no implique que los hombres no padezcan violencia, muy probablemente por cuestiones de género éstos no lo expresan o ni si quiera lo perciben como un hecho violento. En el caso de los MPSS desertores son las mujeres las únicas que manifestaron situaciones de violencia durante su servicio social.

A pesar de las circunstancias en las que se está desarrollando el servicio social los MPSS en su mayoría consideran a este como una parte fundamental de su desarrollo profesional, para adquirir experiencias y como una parte importante de contribuir a la sociedad. Por los que estos debieran seguir siendo uno de los principales objetivos por los cuales se realice el servicio social en esta modalidad, por lo que debiera verse al servicio social como parte importante de su formación médica y no de manera asistencial por tratar de cubrir necesidades que le corresponde al Estado garantizar. Por lo que se consideran necesarias las siguientes acciones:

1. Redefinir objetivos del servicio social, sobre todo en la modalidad de campos clínicos, con un enfoque formativo y no asistencial.
2. Las instituciones de salud y la Facultad de Medicina de la UNAM deben garantizar el cumplimiento mínimo de la normatividad vigente para el desarrollo del servicio social, de esa manera se puede mejorar las condiciones en las que desarrollan su servicio social los MPSS.
3. Algunas asignaturas del Programa Académico del Plan 2010 debieran de redefinirse con el propósito de formar profesional de la salud mejor capacitados para el trabajo en

comunidad. Como en el caso de las asignaturas de Salud Pública y Comunidad y Promoción de la Salud en el Ciclo de Vida, que son a quiénes les compete en mayor medida este objetivo.

4. Alejar a los MPSS de las comunidades en donde existe un porcentaje elevado de violencia y de incumplimiento por parte de las instituciones de salud.
5. Debe existir una evaluación continua del desarrollo del servicio social, con la construcción de indicadores que permitan valorar debilidades y fortalezas del mismo.
6. Que los MPSS se distribuyan de manera homogénea sin importar promedio, de esa manera se asegura una mejor y más justa repartición de los recursos humanos.
7. Compete al Estado proporcionar la remuneración económica a todos los MPSS que garantice la plana subsistencia de los estudiantes mientras realizan su servicio social, ya que la gran mayoría de ellos no cuenta con los medios necesarios para sobrellevar sus gastos durante el mismo.

### 13 Consideraciones éticas

Al tratarse de un estudio no experimental y de obtención de información confidencial, no existe ningún riesgo directo para los participantes durante el desarrollo de la investigación, tampoco son beneficiarios directos de los resultados obtenidos. Los estudiantes de la Facultad de Medicina UNAM como parte de su proceso del servicio social y bajo la consideración de la Coordinación del Servicio y considerando los requisitos establecidos en los artículos 21 y 22 del Reglamento General de Salud en Materia de Investigación para la Salud contestaron la encuesta vía electrónica. La información es utilizada de manera confidencial.

### 14. Limitaciones

14.1 Al tratarse de un estudio transversal no se pudo identificar asociaciones de causalidad, pero si de inferencia.

14.2 El grueso de la información solo refleja la situación desde la perspectiva de los médicos pasantes.

14.3 No se midió el grado de conocimiento ni las competencias mínimas, establecidas en el RSS de los médicos pasantes.

14.4 El instrumento no se aplicó a la población destino, por lo que no se podrá cumplir con el principal objetivo del estudio, solo obtendremos un estimado de los casos desertores.

## 15. Bibliografía

- Carillo, A. M. (07 de 08 de 2005). Salud pública y poder en México durante el Cardenismo, 1934-1940. *Dynamis : acta hispanica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam*, 25, 145-178.
- Cener Deasease Control, CDC. (2015). *Introduction to program evaluation for public health programs: A self-study guide*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention. Programa, Center Deasease Control, Department of Health and Human Services, USA.
- CIFRHS, C. I. (28 de mayo de 1986). *NORMAS OPERATIVAS DEL SERVICIO SOCIAL DE LAS CARRERAS DE LA SALUD*. Secretaría de Gobierno . Distrito Federal: Secretaría de Gobierno.
- CNDH, C. N. (2009). *Recomendación General 15. Sobre el derecho a la protección a la salud*. CNDH, Ciudad de México.
- CONAPO, C. N. (2016). *CONAPO*. Recuperado el 30 de mayo de 2016, de Proyecciones de población México : <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>
- CONEVAL. (2014). *Medición de la pobreza en México y en las Entidades Federatuvas*. Consejo Nacional de Evaluación de las Políticas de Desarrollo Social, México.
- Const. Política de los Estados Unidos Mexicanos. (2012). *Artículo 4º constitucional*. Poder Judicial de la Federación . México: Porrúa .
- Coordinación del servicio social. (2012). *Facultad de Medicina*. (UNAM, Productor) Recuperado el 11 de mayo de 2016, de Coordinación del servicio social: [http://www.facmed.unam.mx/marco/index.php?dir\\_ver=110](http://www.facmed.unam.mx/marco/index.php?dir_ver=110)
- Coordinación del Servicio Social. (2015). *Facultad de Medicina*. (UNAM, Productor) Recuperado el viernes de septiembre de 2015, de Coordinación del Servicio social: [http://www.facmed.unam.mx/marco/index.php?dir\\_ver=110](http://www.facmed.unam.mx/marco/index.php?dir_ver=110)
- López Bárcena, J. J., González de Cossío Ortiz, M. G., & Velasco Martínez, M. (2004). Servicio Social de Medicina en México. Factibilidad del cumplimiento académico en el área rural. *Rev. Facultad de Medicina, UNAM*, 47(5), 181-186.
- Antonio Medina Rivilla, A. R. (2005). *Interculturalidad, formación del profesorado y educación*. Pearson, Prentice Hall.

- Antonio Villa Romero, L. M. (2011). *Epidemiología y Estadística en Salud Pública*. México: Mc Graw Hill.
- Arriaga, E. (1989). Changing Trends in Mortality Decline During the Last Decades en Ruzicka et al.. *Diferential Mortality*. *Oxford Press*, 105-130.
- DGlyGSP, D. G. (30 de mayo de 2016). Epidat 3.1. Galicia .
- Diario Oficial de la Federación, D. (2010). Cámara de Diputados, Honorable Congreso de la Unión , México.
- DO, D. O. (1945). *LEY REGLAMENTARIA DEL ARTÍCULO 5o. CONSTITUCIONAL, RELATIVO AL EJERCICIO DE LAS PROFESIONES EN EL DISTRITO FEDERAL*. Secretaria de Gobernación, CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN, México.
- DO, Diario Oficial. (1942). *Decreto que reforma el segundo párrafo del artículo 5º constitucional*. Secretaria de Gobernación, Cámara de Diputados, México. Obtenido de <http://www.diputados.gob.mx/>:  
[http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/dof/CPEUM\\_ref\\_033\\_17nov42\\_ima.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/dof/CPEUM_ref_033_17nov42_ima.pdf)
- DOF, Diario Oficial de la Federación . (1982). *Bases para la instrumentación del servicio social de las profesiones para la salud*. Secretaria de Gobernación, Cámara de Diputados, México.
- DOF, Diario Oficial de la Federación. (1981). *Reglamento para la Prestación del Servicio Social de los Estudiantes de las Instituciones de Educación Superior de la República Mexicana*. Secretaria de Gobernación, Cámara de Diputados, México.
- DOF, Diario Oficial de la Federación. (1983). *Acuerdo para el cual se crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud*. Secretaria de Gobernación , Cámara de Diputados, México.
- DOF, Diario Oficial de la Federación. (2014). *Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-009-SSA3, Educación en Salud. Realización del servicio social de pasantes de Medicina y Odontología en primer nivel de atención del Sector Salud*. Norma Oficial, Secretaria de Gobernación, Cámara de Diputados, México.
- Dussault, G., & Franceschini, M. (mayo de 2006). Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human Resources for Health*, 4(12), 1478-1491.

- Eckstein, S. (1966). *El ejido colectivo en México*. Ciudad de México, México: Fondo de Cultura Económica .
- Española, R. A. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22 ed.). Madrid, España.
- Facultad de Medicina. (2009). *Reglamento para el Servicio Social de los Alumnos*. Reglamento, Facultad de Medicina , Secretaría Clínica, Internado y Servicio Social, México.
- Graue Wiechers, E. (2012). *Informe Anual*. Informe, Facultad de Medicina, México.
- Graue Wiechers, E. (2012). Perspectivas en el futuro cercano. *Gaceta Médica de México*, 148, 294-301.
- González Peña, L. (julio-diciembre de 2015). ¿Acro...qué? El drama social de personas con una enfermedad poco conocida. *Salud Problema*.
- Hamui-Sutton, A. (2012). Condiciones sociales en que los pasantes de la Facultad de Medicina (FM) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) realizan el Servicio Social en áreas rurales. *Gaceta Médica de México*, 148, 277-280.
- Igor, S., & Diaz, A. (2002). *Globalización, conocimiento y poder. Médicos locales y su lucha por su reconocimiento en Chiapas*. México: Plaza y Valdez.
- Mazón Ramírez, J. J. (2012). El marco jurídico del Servicio Social. *Gaceta Médica de México.*, 148, 284-291.
- Méndez, A. (08 de septiembre de 2015). Guerrero, mayor productor de amapola. *La Jornada* , pág. 4.
- Moya Peñafiel, M. J. (2014). Servicio Social Obligatorio en Colombia: Incertidumbre de los recién graduados de medicina. *Rev. Médica Risaralda*, 20(2), 114-120.
- Nigenda, G. (1997). The regional distribution of doctors in Mexico, 1930-1990: a policy assessment. *Health Policy*, 39(2), 107-122.
- Nigenda, G. (Septiembre de 2013). Servicio social en medicina en México. Una reforma urgente y posible. *Salud Pública de México*, 55(55), 519-527.
- OMS, O. M. (2010). *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention*. Génova: WHO.
- OPS, O. P. (1998). *Servicio Social en América Latina, situación actual y perspectivas*. Washington, N.Y., USA: (Informe de unTaller Regional Washington, D.C.

- OPS, O. P. (2002). La Estandarización: Un Método Epidemiológico Clásico para la Comparación de Tasas. *Boletín epidemiológico*, 23(3), 9-12.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación*. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Ginebra.
- P, M.-T., & Poterico JA, G.-R. E.-O. (2014). El requisito obligatorio del servicio social en salud del Perú: discriminatorio e inconstitucional. *Peru Med Exp Salud Pública*, 31(4), 781-7.
- Polanco, H.-D. (2007). *Elogio a la Diversidad: Globalización, multiculturalismo y etnofagia*. México: Siglo XX!
- Pridemore, W. (2008). A methodological Addition to the Cross\_national Empirical Literature on Social Structure and Homicide. *Criminology*, 46(1), 133-154.
- PROCESO. (2012). *Contabiliza la PGR 47 mil 515 muertes por narcoviolenca durante el sexenio*. México: PROCESO.
- RAE, R. A. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22 ed.). Madrid, España.
- SINAIS, S. N. (2016). (S. d. Salud, Productor) Recuperado el 02 de junio de 2016, de Cubos dinámicos: <http://sinais.salud.gob.mx>
- Turner, V. (1974). *Dramas, Fields and Metaphors. Symbolic Action in Human Society*. NY, USA: Cournell Unisersity Press.
- Vazquez Martinez, F. (2010). Competencias profesionales de los pasantes de enfermería, medicina y odon- tología en servicio social en México. *Revista panamericana de salud pública*, 28(4), 298-304.

## 16. Anexos

### 16.1 Operacionalización de variables

#### 16.1.1. Variable dependiente

##### **Deserción del servicio social**

*Conceptualización:* Deserción “Abandonar las obligaciones o los ideales” (RAE, 2001).

*Operacionalización:* Cuando el servicio social no culmine en la sede originalmente asignada, durante el período establecido por el RSS (Facultad de Medicina, 2009).

*Escala de medición:* Cualitativa, Nominal, Dicotómica (si, no)

#### 16.1.2. Variables antecedentes

##### **Sociodemográficos**

*Conceptualización y operacionalización:* Conjunto de indicadores que muestran un panorama general en la estructura y dinámica de una población (CONAPO; 2016).

*Escala de medición:* -Sexo: Cualitativa, Nominal, Dicotómica.

-Edad: Cuantitativa, Continua.

-Estado Civil: Cualitativa, Politómica, Nominal (soltero, unión libre, casado).

-Lugar de residencia: Cualitativa, Politómica, Ordinal.

-Apoyo económico de padres: Cualitativa, Nominal, Dicotómica (si, no).

##### **Actitud hacia la Política de Obligatoriedad**

*Conceptualización y operacionalización:* Opinión del pasante con respecto a la obligatoriedad de realizar su servicio social.

*Escala de medición:* Cualitativa, Nominal, Dicotómica (si, no)

##### **Distribución de recursos materiales**

*Conceptualización:* Distribución: Reparto de un producto a los diferentes sitios en que debe utilizarse (RAE, 2001).

*Operacionalización:* Existencia de los insumos necesarios para la prestación del servicio social que deberá poseer la unidad de salud, mencionados en la NOM 009.

*Escala de medición:* Cualitativa, Nominal, Dicotómica (si, no)

### ***Elección de la unidad médica como sede del servicio social***

*Conceptualización y operacionalización:* Procedimientos descritos en el RSS, que deberá realizar el estudiante de medicina para seleccionar sede del servicio social.

*Escala de medición:* Cuantitativa, Continua (lugar obtenido para la selección de la unidad médica)

### **Evaluación del programa del servicio social**

*Conceptualización:* Estimar los conocimientos, aptitudes y rendimiento de los alumnos (RAE, 2001).

*Operacionalización:* Presencia de evaluación del programa del servicio social por parte de la Facultad de Medicina de la UNAM.

*Escala de medición:* Cualitativa, Nominal, Dicotómica (si, no)

### **Condición académica del pasante**

*Conceptualización y operacionalización:* Actividades de docencia e investigación que durante su licenciatura haya cursado o no el médico pasante.

*Escala de medición:* Cualitativa, Nominal, Dicotómica (si, no)

### **Promedio de la licenciatura del pasante**

*Conceptualización:* Puntuación obtenida en un examen o en cualquier tipo de prueba (RAE, 2001).

*Operacionalización:* Promedio obtenido de los médicos pasantes en la licenciatura al finalizar la totalidad de sus créditos.

*Escala de medición:* Cuantitativa, Continua.

### **Expectativas del servicio social por parte del MPSS**

*Conceptualización:* Esperanza de conseguir o realizar algo (RAE, 2001).

*Operacionalización:* Expectativas del médico pasante ante la realización del servicio social.

*Escala de medición:* Cualitativa, Politémica, Ordinal.

### **16.1.3. Variables independientes**

#### **Infraestructura de la unidad médica**

*Conceptualización:* Conjunto de elementos, dotaciones o servicios necesarios para el buen funcionamiento de un país o de una organización cualquiera (RAE, 2001).

*Operacionalización:* El centro de salud deberá contar con los servicios de infraestructura mínima que asegure la permanencia del prestador de servicio y la calidad de la atención médica en el primer nivel de la atención (Facultad de Medicina, 2009).

*Escala de medición:* Cualitativa, Nominal, Dicotómica (si, no).

#### **Educación continua**

*Conceptualización:* Las entidades federativas, con la participación de las instituciones de educación superior, elaborarán programas de carácter social para los profesionales de la salud.

*Operacionalización:* Presencia o ausencia de cursos de capacitación para el médico pasante por parte de la Institución de Salud o la Facultad de Medicina.

*Escala de medición:* Cualitativa, Nominal, Dicotómica (si, no)

#### **Supervisión**

*Conceptualización y operacionalización:* Corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas y en coordinación con las autoridades educativas vigilar el ejercicio de los profesionales de la salud en la prestación de su servicio social (Facultad de Medicina, 2009).

*Escala de medición:* Cualitativa, Nominal, Dicotómica (si, no).

#### **Seguridad**

*Conceptualización:* Situación de tranquilidad pública y de libre ejercicio de los derechos individuales, cuya protección efectiva se encomienda a las fuerzas de orden público (RAE, 2001).

*Operacionalización:* Las instituciones de salud deberán establecer en coordinación con la institución de educación superior y las autoridades estatales, municipales y de la localidad, los

mecanismos de protección a la integridad física de los pasantes durante la prestación del servicio social ([Facultad de Medicina, 2009](#)).

*Escala de medición:* Cualitativa, Nominal, Dicotómica (si, no)

### **Servicio de Alimentación**

*Conceptualización y operacionalización:* La institución de salud en coordinación con el gobierno de la comunidad proveerán al médico pasante de alimentación acorde a sus necesidades ([Facultad de Medicina, 2009](#)).

*Escala de medición:* Cualitativa, Nominal, Dicotómica (si, no)

### **Remuneración económica**

*Conceptualización:* Cuando el servicio social absorba totalmente las actividades del estudiante o del profesionista, la remuneración respectiva deberá ser suficiente para satisfacer decorosamente sus necesidades ([Facultad de Medicina, 2009](#)).

*Operacionalización:* La remuneración económica (beca) del médico pasante permite o no la manutención del médico pasante en la comunidad donde realiza su servicio social.

*Escala de medición:* Cualitativa, Nominal, Dicotómica. (si, no)

### **Incumplimiento por parte del médico pasante**

*Conceptualización y operacionalización:* Actividades establecidas en el RSS de la Facultad de Medicina de las actividades obligatorias que deberá realizar el médico pasante.

*Escala de medición:* Cualitativa, Nominal, Dicotómica (si, no)

#### **16.1.4. Variables intervinientes**

##### **Coordinación entre las instituciones de salud y educativa**

*Conceptualización:* Las Instituciones de Salud y Educativas, son las encargadas de coordinar la prestación y realización del servicio social ([Facultad de Medicina, 2009](#)).

*Operacionalización:* Se consideran 3 indicadores: la unidad médica donde realice su servicio social corresponda a la RSS de la Facultad de Medicina, ambas instituciones supervisen el trabajo del médico pasante y le otorguen educación continua.

*Escala de medición:* Cualitativa, Nominal, Dicotómica (si, no)

### **Presencia de recursos humanos contratados o de base**

*Conceptualización:* Conjunto de elementos humanos disponibles para resolver una necesidad o llevar a cabo un propósito (RAE, 2001).

*Operacionalización:* Presencia de personal médico, de enfermería, intendencia y vigilancia contratados formalmente en la sede asignada.

*Escala de medición:* Cualitativa, Nominal, Dicotómica (si, no)

### **Violencia en la comunidad**

*Conceptualización:* Acción o efecto que implica el uso de la fuerza, física o moral (RAE, 2001).

*Operacionalización:* Presencia durante el tiempo de Servicio Social, de eventos violentos (asaltos, homicidios, abuso sexual y psicológico, peleas físicas y verbales, etc) en la comunidad.

*Escala de medición:* Cualitativa, Nominal, Dicotómica (si, no)

### **Marginación en la comunidad**

*Conceptualización:* Marginación: Poner o dejar a una persona o grupo en condiciones sociales, políticas o legales de inferioridad (RAE, 2001).

*Operacionalización:* Cuando la comunidad presente carencia en al menos uno de los siguientes seis indicadores: rezago educativo, acceso a los servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación.

*Escala de medición:* Cualitativa, Nominal, Dicotómica (si, no)

## 16.2 Instrumento

Cédula de supervisión de campos clínicos

Áreas rurales y urbanas marginadas

Ciclo Escolar:          Febrero ( )                  Agosto ( )                  Año: 20\_\_

Nombre del MPSS: \_\_\_\_\_

No. Cuenta: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Número de celular: \_\_\_\_\_

Sexo: H ( )    M ( )                  Edad: \_\_\_\_\_ años                  Estado civil: \_\_\_\_\_

1. Durante el transcurso de la licenciatura realizó:

1.1. actividades docentes o de instructor :                  a) Si                  b) No

1.2. actividades de investigación:                                  b) Si                  b) No

1.3- formó parte del Programa de Alta Exigencia Académica (PAEA): a) Si b) No

2. ¿Actualmente forma parte del PAEA?                                  a) Si                  b) No

3. ¿Cuál fue el promedio obtenido al finalizar sus créditos?: \_\_\_\_\_

4. ¿Cuál fue el lugar que ocupó en la selección de plaza del servicio social?

R: \_\_\_\_\_ *(En caso de no recordar exactamente, favor de colocar algún aproximado, procurando sea lo más cercano al obtenido)*

5. ¿Aplicó para alguna otra modalidad del servicio social?

a) Si    5.1. ¿A qué modalidad aplicó?:

A) Vinculación    B) Programa Universitario    C) Investigación

b) No

### Datos Generales de la Plaza Actual

6. Institución a la que pertenece su sede del servicio social:

a) IMSS          Subdelegación IMSS: \_\_\_\_\_

b) SSA          Jurisdicción sanitaria: \_\_\_\_\_

7. Tipo de plaza: A ( )                  B ( )                  C ( )                  CC ( )                  No sé ( )

8. Nombre de la unidad médica: \_\_\_\_\_

9. Entidad Federativa: \_\_\_\_\_

10. Municipio: \_\_\_\_\_

11. Localidad: \_\_\_\_\_

12. Número de habitantes: \_\_\_\_\_

13. Etnia(s): \_\_\_\_\_

14. Lengua y/o dialecto predominante en la localidad: \_\_\_\_\_

15. Otras lenguas y/o dialectos hablados en la localidad: \_\_\_\_\_

### Asignación de unidad médica

16. La Coordinación del Servicio Social le dio a conocer información pertinente de la plaza a seleccionar mediante:

I) Informes finales elaborados por prestadores anteriores: a) Si b) No c) No sé

II) Catálogo con las características de la plaza: a) Si b) No c) No sé

III) Mapoteca: Si ( ) No ( ) No sé ( )

17. ¿La Coordinación del Servicio Social o la Institución de Salud realizó el “Taller de Introducción al Servicio Social”?:

a) Si, La Coordinación del Servicio Social b) Si, la Institución de Salud

c) Ambas instituciones d) No sé

18. ¿Asistió al Taller de Introducción al Servicio Social otorgado por la Coordinación del Servicio Social?:

a) Si b) No 18.1. ¿Por qué?: \_\_\_\_\_

19. ¿Realizó la totalidad de su servicio social en la misma plaza que seleccionó el día de asignación de plazas y registro al Servicio Social?:

a) Si (*Por favor pase a la pregunta 25*) b) No

Datos de la sede anterior

Institución a la que pertenece su sede del servicio social:

a) IMSS Subdelegación IMSS: \_\_\_\_\_

b) SSA Jurisdicción sanitaria: \_\_\_\_\_

Tipo de plaza: A ( )      B ( )      C ( )      CC ( )      No sé ( )

Nombre de la unidad médica: \_\_\_\_\_

Entidad Federativa: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Número de habitantes: \_\_\_\_\_

Etnia(s): \_\_\_\_\_

Lengua                      y/o                      dialecto                      predominante                      en                      la  
localidad: \_\_\_\_\_

Otras                      lenguas                      y/o                      dialectos                      hablados                      en                      la  
localidad: \_\_\_\_\_

20. ¿Realizó cambio de adscripción?:

a) Si    ¿Cuánto tiempo permaneció en la sede? : \_\_\_\_\_ (días)

b) No    ¿Cómo cambió de sede?: \_\_\_\_\_

21. Uno de los motivos por el cual cambió de sede es por qué (*puede escoger más de opción*):

21.1. La unidad no reunía las características establecidas en el Reglamento del Servicio Social:                      a) Si                      b) No

21.2. Su integridad física o moral fue afectada                      a) Si                      b) No

21.3. No contaba con la adecuada seguridad                      a) Si                      b) No

21.4. Sufrió algún problema de salud                      a) Si                      b) No

21.5. No recibía la beca económica                      a) Si                      b) No

21.6. Problemas con el personal de la unidad                      a) Si                      b) No

21.7. Problemas con la comunidad                      a) Si                      b) No

21.8. Realizaba actividades que no correspondían al servicio social    a) Si    b) No

21.9. Por faltar a sus obligaciones como médico pasante    a) Si                      b) No

22. ¿Existe algún otro motivo no mencionado anteriormente por el cual cambió su sede de adscripción? a) Si    ¿Cuál?: \_\_\_\_\_                      b) No

23. Cuándo realizó el cambio de sede, el apoyo que recibió por parte de la Coordinación del Servicio Social fue:

- a) Muy bueno      b) Bueno      c) Regular      d) Malo      e) Muy Malo

24. Cuándo realizó el cambio de sede, el apoyo que recibió por parte de la Coordinación de Enseñanza de la institución de salud fue:

- a) Muy bueno      b) Bueno      c) Regular      d) Malo      e) Muy Malo

**Recursos de la unidad médica actual:**

25. ¿La unidad médica cuenta con médico de base?:      a) Si      b) No

25.1. En caso positivo: ¿Cuál es el horario del mismo?: De las \_\_\_\_\_ hrs a las \_\_\_\_\_ hrs.

25.2. ¿Cuáles son los días que labora?: (L) (M) (M) (J) (V) (S) (D)

26. ¿La unidad médica cuenta con personal de enfermería de base?:      a) Si      b) No

26.1. En caso positivo: ¿Cuál es el horario del mismo?: De las \_\_\_\_\_ hrs a las \_\_\_\_\_ hrs.

26.2. ¿Cuáles son los días que labora?: (L) (M) (M) (J) (V) (S) (D)

27. ¿La unidad médica cuenta con personal de enfermería del servicio social?: a) Si b) No

27.1. En caso positivo: ¿Cuál es el horario del mismo?: De las \_\_\_\_\_ hrs a las \_\_\_\_\_ hrs.

27.2. ¿Cuáles son los días que labora?: (L) (M) (M) (J) (V) (S) (D)

28. En la unidad médica labora:

28.1. ¿Personal administrativo?      a) Si      b) No

28.2. ¿Personal de intendencia?      a) Si      b) No

28.3. ¿Personal de vigilancia?      a) Si      b) No

29. ¿Cuenta la unidad con consultorio médico? a) Si      29.1. ¿Cuántos?: \_\_\_\_\_      b) No

30. ¿La unidad cuenta con camas de hospitalización? a) Si      ¿Cuántas?: \_\_\_\_\_      b) No

31. ¿La unidad cuenta con sala de parto? a) Si      b) No

32. La unidad cuenta con:

- |  |       |       |
|--|-------|-------|
| 32.1. suministro de energía eléctrica:   | a) Si | b) No |
| 32.2. suministro de agua:  | a) Si | b) No |
| 32.3. drenaje o equivalente:   | a) Si | b) No |
| 32.4. habitación para el MPSS:   | a) Si | b) No |
| 32.5. baño para su uso personal:   | a) Si | b) No |
| 32.6. el equipo necesario para brindar servicio en el primer nivel de atención médica:                           | a) Si | b) No |
| 32.7. medicamento y material de curación necesarios para brindar servicio en el primer nivel de atención médica: | a) Si | b) No |
| 32.8. algún medio de comunicación  | a) Si | b) No |
| 32.9. medios adecuados para trasladar pacientes  | a) Si | b) No |

### **Alojamiento del médico pasante**

33. ¿Recibió alojamiento dentro del centro de salud? a) Si (*por favor pase a la pregunta*

34) b) No. ¿Por qué? \_\_\_\_\_

33.1. En caso de rentar habitación ¿Cuánto pagó mensualmente?: \_\_\_\_\_ pesos

33.2. ¿Quién se hizo cargo de pagar la renta?: \_\_\_\_\_

33.3. Si no vives en la unidad médica y no paga renta ¿Dónde habita?: \_\_\_\_\_

34. El lugar donde habitó contaba con:

- |                           |       |       |
|---------------------------|-------|-------|
| 34.1. Regadera:           | a) Si | b) No |
| 34.2. Lavamanos:          | a) Si | b) No |
| 34.3. Calentador de agua: | a) Si | b) No |
| 34.4. Refrigerador:       | a) Si | b) No |
| 34.5. Cama:               | a) Si | b) No |
| 34.6. Cocina:             | a) Si | b) No |

34.7. Inodoro: a) Si b) No

34.8. Guarda ropa: a) Si b) No

34.9. Intendencia: a) Si b) No

34.10. ¿Con qué otros servicios contó?: \_\_\_\_\_

34.11. ¿Qué servicio cree que le hicieron falta?: \_\_\_\_\_

35. El alojamiento que recibió lo considera:

a) Muy bueno b) Bueno c) Regular d) Malo e) Muy Malo

36. ¿La institución de salud en coordinación con la comunidad, le proporcionó sus tres alimentos al día?

a) Si 37.1. ¿Cuántas veces al día recibió alimentos? : \_\_\_\_\_

b) No

37. En caso de haber recibido alimento, estos fueron:

I) Higiénicos: a) Si b) No

II) Suficientes: a) Si b) No

III) Balanceados: a) Si b) No

IV) Nutritivos: a) Si b) No

V) Completos: a) Si b) No

38. ¿Recibió la beca por parte de la institución de salud?

a) Si ¿Qué cantidad recibió mensualmente? \_\_\_\_\_ pesos

b) No ¿Por qué? \_\_\_\_\_

39. ¿Considera que la beca que recibió le permitió sobrellevar los gastos en alimentos, transporte y vivienda durante su estancia en la comunidad?

a) Si b) No

40. ¿Durante el servicio social recibió ayuda económica, aparte de la beca, para sobrellevar sus gastos en la comunidad?

a) Si ¿de quién obtuvo el apoyo?: \_\_\_\_\_ b) No

41. ¿Qué cantidad promedio de consultas otorgó al día?: \_\_\_\_\_

42. ¿Se le otorgaron sus periodos vacacionales completos?



a) Si b) No

53. ¿Durante el servicio social recibió supervisión de sus actividades como médico pasante por parte de la Facultad de Medicina?

a) Nunca b) Una vez c) Dos veces d) Tres veces o más

54. ¿Durante el servicio social recibió supervisión de sus actividades como médico pasante por parte de la Institución de Salud?

a) Nunca b) Una vez c) Dos veces d) Tres veces o más

55. ¿Durante el servicio social recibió algún curso de educación continua por parte de la Facultad de Medicina?

a) Nunca b) Una vez c) Dos veces d) Tres veces o más 56.

¿Durante el servicio social recibió algún curso de educación continua por parte de la Institución de Salud?

a) Nunca b) Una vez c) Dos veces d) Tres veces o más

57. ¿Durante el servicio social recibió alguna evaluación correspondiente al Programa Académico del Servicio Social por parte de la Facultad de Medicina?

a) Nunca b) Una vez c) Dos veces d) Tres veces o más

### **Seguridad del MPSS**

58. ¿La unidad médica cuenta con?:

58.1. Barda Perimetral a) Si b) No

58.2. Puertas con cerradura a) Si b) No

58.3. Protección en ventanas a) Si b) No

58.4. Vigilancia a) Si b) No

58.5 Alarma a) Si b) No

59. ¿A su llegada a la localidad se le notificó quiénes eran las autoridades pertinentes en caso de que lo requiriera? a) Si b) No

60. Dentro de la unidad médica atendió pacientes por alguna de las siguientes causas:

60.1 Robo a mano armada: a) Si b) No

- 60.2. Homicidio y/o intento de homicidio: a) Si b) No
- 60.3. Suicidio y/o intento de suicidio: a) Si b) No
- 60.4. Abuso sexual y/o intento de abuso sexual: a) Si b) No
- 60.5. Maltrato psicológico: a) Si b) No
- 60.6. Maltrato físico: a) Si b) No

61. ¿Con qué frecuencia atendió por alguna de las causas anteriores?

- a) Nunca b) Poco frecuente c) Frecuente d) Muy frecuente

62. ¿Fue víctima dentro de la comunidad o de la unidad médica algunos de los siguientes hechos violentos? (*puede escoger más de una opción*)

- 62.1 Robo a mano armada: a) Si b) No
- 62.2. Agresión verbal: a) Si b) No
- 62.3. Agresión física: a) Si b) No
- 62.4. Violación: a) Si b) No
- 62.5. Intento de violación: a) Si b) No
- 62.6. Secuestro a) Si b) No
- 62.7. Intento de secuestro a) Si b) No
- 62.8. Amenaza de integridad física a) Si b) No
- 62.9. Acoso sexual a) Si b) No

63. ¿Con qué frecuencia fue víctima por alguna de las causas anteriores?

- a) Nunca b) Poco frecuente c) Frecuente d) Muy frecuente

64. ¿Qué tan seguro se sentía dentro de la comunidad?

- a) Nada seguro b) Seguro c) Muy seguro

65. ¿Notó en su comunidad la existencia de grupos delictivos? Si ( ) No ( )

### **Expectativas y perspectiva del servicio social**

66. Mencione tres motivos por los cuales realizó su servicio social:

- 1.: \_\_\_\_\_
- 2.: \_\_\_\_\_
- 3.: \_\_\_\_\_

67. ¿Cómo considera el trato que recibió por parte de los habitantes de la comunidad?

- a) Muy bueno b) Bueno c) Regular d) Malo e) Muy Malo

68. ¿Cómo considera el trato que recibió por parte del personal de la unidad de salud?  
 a) Muy bueno      b) Bueno      c) Regular      d) Malo      e) Muy Malo
69. ¿Cómo considera el trato que recibió por parte del personal de la jurisdicción sanitaria?  
 a) Muy bueno      b) Bueno      c) Regular      d) Malo      e) Muy Malo
70. ¿Cómo considera el trato que recibió por parte del personal de la coordinación de servicio social de la Facultad de Medicina?  
 a) Muy bueno      b) Bueno      c) Regular      d) Malo      e) Muy Malo
71. ¿En qué grado considera que el servicio social le ha ayudado en su desarrollo profesional?  
 a) Nada      b) Muy poco      c) Poco      d) Demasiado
72. ¿Cómo calificaría la sede de su servicio social?  
 a) Muy mala      b) Mala      c) Buena      d) Muy buena
73. ¿Si el servicio social no fuera obligatorio lo cursaría?  
 a) Totalmente en desacuerdo      b) Desacuerdo      c) De Acuerdo      d) Totalmente de acuerdo
74. ¿Recomendaría su sede del servicio social?      Si (    )      No (    )      ¿Por qué?: \_\_\_\_\_
75. Desde su perspectiva, ¿Cuál es el grado de utilidad de las asignaturas de primer año para llevar a cabo su servicio social en comunidad?

Asignatura	Totalmente inútil	Inútil	útil	Muy útil
Anatomía				
Embriología Humana				
Bioquímica y Biología molecular				
Biología celular e Histológica médica				
Integración básico clínica I				
Informática Biomédica I				

Salud Pública y Comunidad				
Introducción a la Salud Mental				

76. Desde su perspectiva, ¿Cuál es el grado de utilidad de las asignaturas de segundo año para llevar a cabo su servicio social en comunidad?

Asignatura	Totalmente inútil	Inútil	útil	Totalmente útil
Farmacología				
Fisiología				
Inmunología				
Microbiología y parasitología				
Integración Básico Clínica				
Introducción a la cirugía				
Informática Biomédica II				
Promoción de la Salud en el Ciclo de Vida				

77. Desde su perspectiva, ¿Cuál es el grado de utilidad de las asignaturas de quinto semestre para llevar a cabo su servicio social en comunidad?

Asignatura	Totalmente inútil	Inútil	útil	Totalmente útil
------------	-------------------	--------	------	-----------------

Imagenología				
Laboratorio clínico				
Propedéutica médica y fisiopatología				
Medicina psicológica y comunicación				
Epidemiología clínica y medicina basada en evidencias				

78. Desde su perspectiva, ¿Cuál es el grado de utilidad de las asignaturas de sexto semestre para llevar a cabo su servicio social en comunidad?

<b>Asignatura</b>	<b>Totalmente inútil</b>	<b>Inútil</b>	<b>útil</b>	<b>Totalmente útil</b>
Anatomía patológica I				
Rotación I: Cardiología, Neumología, Otorrinolaringología, Urología y Psiquiatría				
Rotación A: Nefrología, Hematología, Farmacología terapéutica				
Rotación E: Integración clínico-básica I				

79. Desde su perspectiva, ¿Cuál es el grado de utilidad de las asignaturas de séptimo semestre para llevar a cabo su servicio social en comunidad?

<b>Asignatura</b>	<b>Totalmente inútil</b>	<b>Inútil</b>	<b>útil</b>	<b>Totalmente útil</b>
Anatomía patológica II				
Rotación II: Gastroenterología, Endocrinología, Dermatología, Neurología y Oftalmología				
Rotación B: Nutrición Humana y Genética Clínica				
Rotación B: Antropología médica e Interculturalidad				
Rotación E: Integración básico clínica I				

80. Desde su perspectiva, ¿Cuál es el grado de utilidad de las asignaturas de octavo semestre para llevar a cabo su servicio social en comunidad?

<b>Asignatura</b>	<b>Totalmente inútil</b>	<b>Inútil</b>	<b>útil</b>	<b>Totalmente útil</b>
Rotación C: Ambiente Trabajo y Salud, Biotética y profesionalismo,				

Historia y Filosofía de la Medicina				
Rotación III: Ginecología y obstetricia, Pediatría				
Rotación C: Rehabilitación				
Rotación F: Integración Básico Clínica II				
Rotación F: Integración básico clínica II				

81. Desde su perspectiva, ¿Cuál es el grado de utilidad de las asignaturas de noveno semestre para llevar a cabo su servicio social en comunidad?

Asignatura	Totalmente inútil	Inútil	útil	Totalmente útil
Rotación IV: Cirugía y Urgencias Médicas, Ortopedia y Traumatología, Medicina Legal y Geriátria				
Rotación D: Infectología, Algología y Reumatología				

Rotación F: Integración Básico Clínica III				
Rotación F: Integración básico clínica II				

80. Desde su perspectiva, ¿Cuál es el grado de utilidad de las asignaturas y rotaciones durante el internado médico para llevar a cabo su servicio social en comunidad?

Asignatura	Totalmente inútil	Inútil	útil	Totalmente útil
Ginecología y Obstetricia				
Cirugía				
Medicina Interna				
Pediatría				
Urgencias Médico Quirúrgicas				
Medicina Familiar y Comunitaria				

81. Desde su perspectiva, ¿El Programa Académico del Servicio Social de la Facultad de Medicina es adecuado para el trabajo en comunidad?

- a) Totalmente desacuerdo      b) En desacuerdo      c) De acuerdo      d) Totalmente de acuerdo

**¡Muchas gracias por su participación!**