

Servicio social en medicina en México. Una reforma urgente y posible

Gustavo Nigenda, PhD.⁽¹⁾

Nigenda G.
Servicio social en medicina en México.
Una reforma urgente y posible.
Salud Publica Mex 2013;55:519-527.

Resumen

Una tercera parte de las unidades de atención primaria del sistema público continúa siendo cubierta exclusivamente por pasantes. Se demuestra que con los recursos del Sistema de Protección Social en Salud es posible contratar personal de salud profesional para todas las unidades rurales de la Secretaría de Salud. Es necesario modificar la regulación vigente para impedir que un pasante sea ubicado en una unidad de salud sin supervisión de un médico graduado. Se vuelve urgente una reforma del servicio social en medicina que vaya acorde con la modernización institucional y el aumento de la exigencia de la nueva población asegurada.

Palabras clave: servicio social; medicina; política de recursos humanos; México

Nigenda G.
Social service in medicine in Mexico.
An urgent and possible reform.
Salud Publica Mex 2013;55:519-527.

Abstract

One third of the primary care units in the public system keeps being covered exclusively by interns. It is shown that with the resources available in the System for Social Protection in Health it is possible to hire graduate health personnel for all Ministry of Health rural units. It is necessary to modify the current legislation to impede an intern to be located in units without supervision of a graduate doctor. There is an urgent need for a reform of social service in medicine that responds both to the institutional modernization and to the increased capacity of the newly insured to demand high-quality services.

Key words: social service; medicine; human resources for health policy; Mexico

En su informe sobre la salud en el mundo de 2008, la Organización Mundial de la Salud¹ planteó que la atención primaria requiere de personal de salud con capacidades técnicas y de manejo cultural comprobados. Además el informe señala que no es aceptable que en países de ingresos bajos y medios la atención primaria deba ser sinónimo de baja tecnología y de atención no profesionalizada para las poblaciones pobres de zonas rurales que no pueden afrontar una atención de mejor calidad. De acuerdo con datos oficiales, México alcanzó la cobertura universal de aseguramiento en salud a

partir de 2012, pero todavía existen deficiencias en la disponibilidad de recursos necesarios para ofrecer una atención de calidad² en miles de unidades de salud que reciben financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). Uno de los hechos más sorprendentes es que más de una tercera parte de las unidades de atención primaria de la Secretaría de Salud (SSa) tienen como responsable a un estudiante de la carrera de medicina en servicio social.^{3,4} El servicio social en medicina inició en México en 1936 y después de 77 años de existencia sus fundamentos y objetivos continúan siendo básicamente

(1) Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

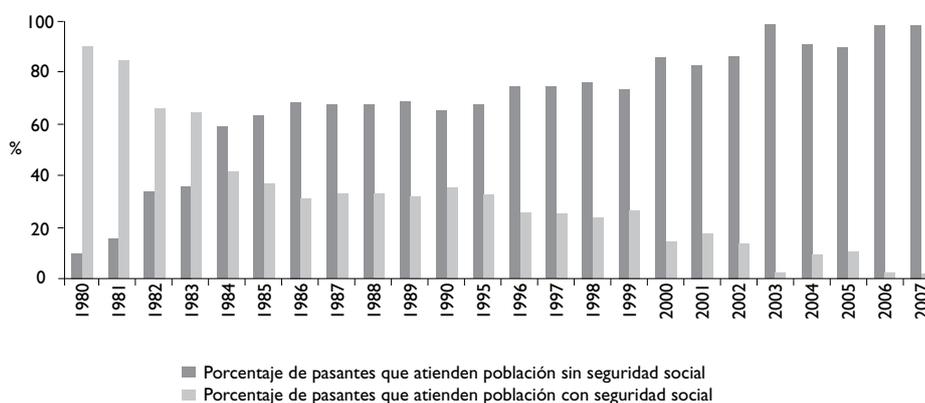
los mismos. En los años posteriores a la Revolución Mexicana, una disputa política e ideológica sobre el papel de la educación en el país entre el gobierno nacional y la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), derivó en su creación.⁵

El primer programa de servicio social se instaló en la Facultad de Medicina. Antes de recibir su título de médico, todos los egresados debían pasar una temporada en los servicios rurales de salud para “retribuir a la sociedad la deuda que contraían por haberlos educado”.⁶ Con el tiempo el servicio social se convirtió en una fuente de oferta de trabajo médico para zonas rurales cuyos habitantes eran receptores principales de una política de beneficencia por parte del Estado nacional. Históricamente, esto ha permitido a las autoridades de salud federales y estatales suplir la fuerza de trabajo profesionalizada que por razones financieras y laborales no podía ser atraída para prestar servicios en zonas rurales.⁷ La desigual distribución geográfica de los médicos ha sido ampliamente documentada^{8,9} y las razones de esto 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.¹⁰

Resultados

Durante un largo periodo (1936 a 1980) los pasantes provenientes de las escuelas del país, públicas y privadas, eran distribuidos entre todas las instituciones públicas del sector salud, incluidas las de seguridad social. A partir de la crisis económica de los años ochenta y del inicio de la descentralización de los servicios de la Secretaría de Salud, el porcentaje asignado a la seguridad social se redujo ostensiblemente hasta que a partir del año 2000, estas instituciones sólo recibían 10% del total de pasantes. Para 2007, el último año con datos disponibles, la proporción de pasantes de medicina en instituciones de seguridad social se redujo a alrededor de 3%. El argumento de los servicios estatales de salud para basar la atención en pasantes, particularmente en unidades rurales, es que no existen suficientes recursos financieros para incorporar médicos graduados (figura 1).¹¹

Una importante iniquidad desde la creación del servicio social en medicina es que los pasantes en su gran mayoría son asignados a unidades rurales donde atienden a las poblaciones más pobres y marginadas del país. En su condición de estudiantes (no titulados) sin licencia, deben llevar a cabo funciones formalmente autorizadas solamente a médicos que han recibido dicha licencia. Los estudiantes pasan entre seis meses y un año en la unidad asignada y posteriormente pueden



Fuentes: Construcción propia con base en referencias 11 y 12

Notas: 1) Para los años 1980-1989, incluye también médicos residentes; en el caso de la población derechohabiente entre 1980 y 1985 incluye, además, a los residentes del IMSS

2) Para el periodo 1997 a 2000, en la SSa se incluye información del ISSDF y de los Institutos Nacionales de Salud. Para 2003 incluye a los institutos nacionales de salud y hospitales federales de referencia

3) Para el año 1990 se incluye sólo la información del ISSDF. Para 1995 y 1996, además, INI y Cruz Roja Mexicana. De 1997 a 1999 y de 2001 a 2003 sólo se refiere a hospitales universitarios. Para 2000 comprende hospitales universitarios y Cruz Roja Mexicana

FIGURA 1. DISTRIBUCIÓN DE PASANTES DE MEDICINA ENTRE INSTITUCIONES PÚBLICAS. MÉXICO, 1980-2007

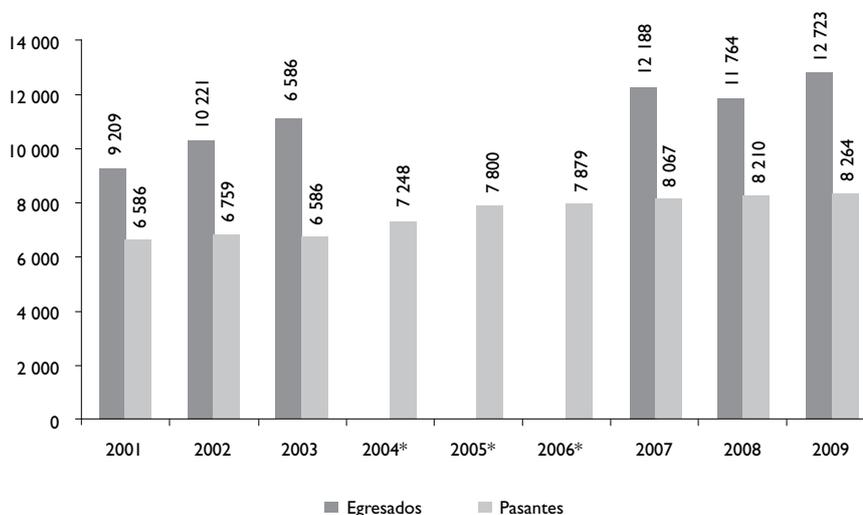
recibir su título. A lo anterior se suma el hecho de que en los últimos años las condiciones de violencia social en algunas regiones del país han hecho de la práctica del servicio social una actividad sumamente riesgosa.¹³ Existen variantes de este proceso dependiendo de la universidad que los educa. Esta situación genera una doble sensación de frustración; por un lado la existencia de poblaciones que no cuentan con un médico con experiencia y establecido en la localidad y por otro lado pasantes que son responsabilizados de tareas para las cuales no están capacitados y para las que no cuentan con la experiencia necesaria.¹⁴

La descentralización de los servicios de salud transfirió responsabilidades y autonomía operativa a las entidades, pero no las dotó de un mecanismo financiero para la prestación de servicios, la compra de medicamentos y equipo. Tampoco fue posible aumentar el número de trabajadores contratados, lo que hace que, principalmente las unidades rurales, dependan del trabajo de los pasantes. Los trabajadores de base frecuentemente rehusaban ser asignados a este tipo de unidades.¹⁵

En 2003, con la creación del Seguro Popular de Salud (SPS) los estados empezaron a recibir importantes flujos de recursos financieros para pagar por la atención a los beneficiarios. Una porción de estos recursos ha sido usada año con año para contratar personal de salud, los cuales, para 2007, se estimaban ya en más de 50 000 trabajadores. Alrededor de 50% de estos trabajadores tiene un estatus laboral de "regularizados". Estos trabajadores laboran con contratos temporales pero cuentan

con el apoyo del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud (SNTSPSS) a partir del pago de cuotas sindicales.¹⁶ Además, para 2008 la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) y las autoridades de salud de los estados alcanzaron acuerdos donde se establecía un tope de 40% para la contratación del personal, siendo este porcentaje el más alto de todos los rubros de gasto dentro del programa.

Los datos oficiales que se muestran a continuación perfilan las tendencias que deben ser consideradas para el replanteamiento del servicio social de medicina como una política de recursos humanos con objetivos y alcances adecuados a la situación actual de los servicios estatales de salud. Entre 2001 y 2009 el número total de pasantes asignados a unidades en las entidades federativas pasó de 6 586 a 8 264, lo que representa un crecimiento de 19.7% (figura 2). Este crecimiento es consecuencia del aumento de los egresados de las escuelas de medicina en los últimos años. En este fenómeno ha jugado un papel importante la apertura de escuelas privadas de reciente creación. No existe en la actualidad una política estatal claramente definida sobre la regulación de la matrícula de ingresos y egresos,¹⁸ y son preferentemente las fuerzas del mercado de educación superior las que determinan esa dinámica como sucede en otros países de América Latina y el Caribe.¹⁹ Sin embargo, para los servicios estatales de salud el crecimiento de la oferta de pasantes es conveniente ya que con ellos dotan a las unidades de salud sin tener que entrar en complicadas negociaciones con la repre-



* Información no disponible

Fuente: Construcción propia con base en referencia 17

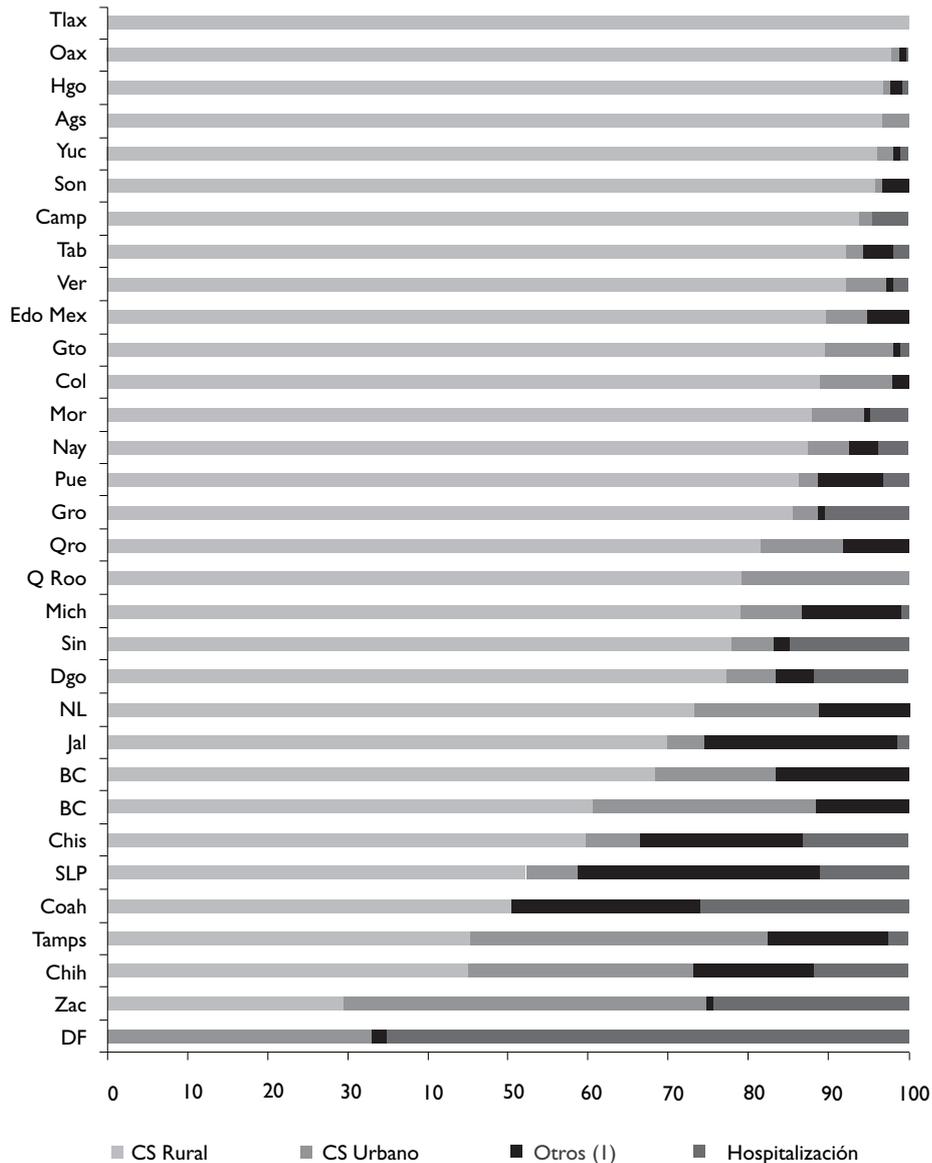
FIGURA 2. EGRESADOS Y PASANTES DE LA CARRERA DE MEDICINA. MÉXICO, 2001-2009

sentación sindical para la asignación de médicos de base e incluso de regularizados.

Para 2010, la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFHRS), órgano encargado de definir la asignación de pasantes, informó que 8 264 pasantes fueron asignados a las instituciones de salud. La ubicación de pasantes en las distintas unidades es sugerida por cada entidad y aprobada por la CIFHRS y su representación estatal.

Así, 72.5% de los pasantes fueron ubicados en una unidad rural, 9.9% en una unidad urbana, 7.9% en otro tipo de unidad y 9.4% en hospitales. Los estados que más pasantes asignan a unidades rurales son Tlaxcala (100%), Oaxaca (97.9%) y Yucatán (96.2%). El Distrito Federal no asigna pasantes a áreas rurales porque no reporta unidades en ese tipo de localidades (figura 3).

Un aspecto importante en la asignación de pasantes es el hecho de que una proporción de ellos es asignado



Fuente: Construcción propia con base en referencia 17

(1) Incluye: unidad móvil, CESSa/CAAPS, clínica de especialidades, UNEMES, casa de salud, consultorio delegacional, brigada móvil, centro de salud con hospitalización

FIGURA 3. PORCENTAJE DE PASANTES DE MEDICINA POR TIPO DE UNIDAD MÉDICA Y ENTIDAD FEDERATIVA. MÉXICO, 2010

a unidades donde se responsabilizan totalmente de las labores clínicas y administrativas y en las cuales la supervisión no es cotidiana. En el cuadro I se presenta el porcentaje de unidades ambulatorias donde solamente operan pasantes en relación con el total de unidades en el estado. El porcentaje del total nacional es 29.3% con variaciones entre los estados. El estado con la más alta

Cuadro I
UNIDADES DE ATENCIÓN AMBULATORIA (UAA) OPERADAS EXCLUSIVAMENTE POR MÉDICOS PASANTES DE SERVICIO SOCIAL (MPSS) POR ENTIDAD FEDERATIVA. MÉXICO, 2009

Entidad federativa	Total UAA 2009 ^{*,20}	UAA operadas exclusivamente por MPSS [‡]	% UAA operadas exclusivamente por MPSS [‡]
Aguascalientes	95	30	31.6
Baja California	190	45	23.7
Baja California Sur	89	44	49.4
Campeche	159	12	7.5
Coahuila	213	37	17.4
Colima	164	85	51.8
Chiapas	932	263	28.2
Chihuahua	290	73	25.2
Distrito Federal	300	7	2.3
Durango	240	33	13.8
Guanajuato	556	383	68.9
Guerrero	1 005	312	31.0
Hidalgo	651	107	16.4
Jalisco	792	12	1.5
México	1 132	404	35.7
Michoacán	520	195	37.5
Morelos	225	91	40.4
Nayarit	258	65	25.2
Nuevo León	489	211	43.1
Oaxaca	823	258	31.3
Puebla	623	81	13.0
Querétaro	254	108	42.5
Quintana Roo	195	36	18.5
San Luis Potosí	298	135	45.3
Sinaloa	268	101	37.7
Sonora	270	167	61.9
Tabasco	569	151	26.5
Tamaulipas	343	146	42.6
Tlaxcala	182	12	6.6
Veracruz	809	155	19.2
Yucatán	174	67	38.5
Zacatecas	215	79	36.7
Nacional	13 323	3 905	29.3

* Sólo incluye unidades de la SSA

‡ Estimación propia

proporción es Guanajuato con 68.9% seguido de Sonora (61.9%), Colima (51.8%) y Baja California Sur (49.4%). La situación opuesta se presenta en Jalisco donde sólo 1.5% de los pasantes se ubican en unidades ambulatorias atendidas exclusivamente por ellos, seguido de Tlaxcala (6.6%).

En 2009, las secretarías de salud estatales contrataron 52 531 trabajadores de la salud en todo el país para atender a beneficiarios del SPS. Parecería sensato plantear que los fondos asignados para la contratación de este personal deberían usarse prioritariamente para llevar médicos graduados (y otro personal) a unidades rurales, pero esto no es necesariamente el caso. Por ejemplo, los estados que más asignan pasantes a unidades de salud donde no existe otro médico recibieron un volumen de inversión (cuadro II) que habría sido suficiente para contratar la totalidad de médicos que permitieran cubrir las unidades de salud donde sólo atienden pasantes.

Estudios recientes han arrojado datos contrastantes en relación con la capacidad de atención de los médicos, particularmente en lo relacionado con su desempeño técnico.²²⁻²⁴ Para el caso de los pasantes, el trabajo de Vázquez²⁵ muestra que del total de médicos graduados entre 2006 y 2008, 32.7% –que en ese momento se encontraban asignados o habían estado asignados como trabajadores de una institución pública de salud– no contaban con el nivel mínimo de competencias técnicas de acuerdo al examen practicado por el Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior. Más allá del desempeño técnico y del perfil de competencias existe otro tipo de aspectos que no permiten a los pasantes ejecutar tareas de manera adecuada. Una es el hecho de que los pasantes perciben el servicio social como una cuota injusta que el Estado les impone como requisito para graduarse y otra es que la temporalidad de su estancia en la comunidad rural es demasiado corta (sea seis meses o un año) para conocer en detalle las necesidades de las poblaciones, su forma de entender la salud y la enfermedad, así como las expectativas que tienen de ellos como prestadores de servicios.²⁶

En el cuadro III se presenta un ejercicio para estimar el costo de contratar médicos regularizados para responsabilizarse de las unidades que son atendidas únicamente por pasantes. Esta propuesta no implica el retiro de pasantes de las unidades, sino una dotación de médicos formalmente habilitados, los cuales pueden llevar a cabo, como parte de sus responsabilidades, la supervisión de los médicos pasantes. Con datos obtenidos de las entidades federativas a través de la CNPSS se estiman dos años recientes, 2008 y 2009. El costo mensual de un contrato de médico es de alrededor de 21 000 pesos que es el salario fijado para los médicos

Cuadro II
RECURSOS DEL SPSS DESTINADOS A LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL, 2009.
(CIFRAS EN MILES DE PESOS)

Entidad federativa	Recursos del SPSS transferidos	Recursos ejercidos por rubro					
		Honorarios al personal		Regularización de personal		Total	
		Monto	%	Monto	%	Monto	%
Estados Unidos Mexicanos	31 460 101.1	1 729 637.8	5.5	2 024 556.6	6.4	3 754 194.4	12
Aguascalientes	241 501.8	-	0.0	-	0.0	0.0	0
Baja California	846 387.8	-	0.0	-	0.0	0.0	0
Baja California Sur	78 298.3	1 890.6	2.4	14 494.3	18.5	16 384.9	21
Campeche	232 649.3	17 715.0	7.6	18 091.8	7.8	35 806.7	15
Coahuila	321 506.4	5 591.4	1.7	43 315.9	13.5	48 907.3	15
Colima	181 003.2	-	0.0	42 671.6	23.6	42 671.6	24
Chiapas	2 191 199.1	-	0.0	-	0.0	0.0	0
Chihuahua	572 099.5	-	0.0	-	0.0	0.0	0
Distrito Federal	1 471 910.4	-	0.0	-	0.0	0.0	0
Durango	233 539.4	-	0.0	-	0.0	0.0	0
Guanajuato	2 940 784.2	275 730.3	9.4	124 978.6	4.2	400 708.9	14
Guerrero	543 309.0	93 532.1	17.2	100 846.9	18.6	194 378.9	36
Hidalgo	763 527.8	73 044.7	9.6	185 006.1	24.2	258 050.8	34
Jalisco	1 839 045.3	-	0.0	-	0.0	0.0	0
México	3 797 126.2	601 421.3	15.8	-	0.0	601 421.3	16
Michoacán	1 278 604.6	128 369.8	10.0	271 654.2	21.2	400 024.0	31
Morelos	597 529.2	6 643.0	1.1	-	0.0	6 643.0	1
Nayarit	279 772.9	-	0.0	-	0.0	0.0	0
Nuevo León	434 818.4	4 247.5	1.0	58 065.5	13.4	62 313.0	14
Oaxaca	1 741 944.2	11 977.3	0.7	403 286.3	23.2	415 263.6	24
Puebla	2 149 315.2	37 814.0	1.8	317 082.6	14.8	354 896.6	17
Querétaro	325 215.2	840.6	0.3	88 439.3	27.2	89 279.8	27
Quintana Roo	191 134.8	16 699.3	8.7	30 675.1	16.0	47 374.4	25
San Luis Potosí	621 813.7	67 373.5	10.8	-	0.0	67 373.5	11
Sinaloa	524 299.4	-	0.0	-	0.0	0.0	0
Sonora	385 336.9	-	0.0	-	0.0	0.0	0
Tabasco	1 381 506.0	257 737.9	18.7	301 093.0	21.8	558 830.9	40
Tamaulipas	722 050.3	35 462.9	4.9	24 855.4	3.4	60 318.3	8
Tlaxcala	531 090.6	-	0.0	-	0.0	0.0	0
Veracruz	3 257 341.7	-	0.0	-	0.0	0.0	0
Yucatán	396 504.2	260.8	0.1	-	0.0	260.8	0
Zacatecas	387 936.4	93 285.9	24.0	-	0.0	93 285.9	24

Fuente: Elaboración propia con base en referencia 21

generales regularizados en 2008. Si se considera dotar al menos de un médico a alrededor de 6 200 unidades, se obtienen las cifras del cuadro. Para ambos años estas cifras oscilan alrededor del 15% del total de recursos financieros gastados por los estados en la contratación de personal. La estimación incluye el costo del contrato, impuestos y los beneficios de ley. También incluye un

porcentaje extra para que los estados puedan establecer mecanismos de incentivos financieros de acuerdo con la ubicación geográfica de la unidad médica de asignación o al desempeño y la productividad.

En la última década, las autoridades sanitarias responsables de la asignación de pasantes han llevado a cabo una serie de ajustes en la regulación del servicio

Cuadro III
ESTIMACIÓN DEL GASTO ANUAL POR CONCEPTO DE PAGO DE MÉDICOS REGULARIZADOS, EN UNIDADES SÓLO ATENDIDAS POR PASANTES DE MEDICINA. MÉXICO, 2009

	2009
A. Sueldo mensual médico general regularizado ²⁷	21 230
B. Total de médicos generales requeridos*	3 905
C. Costo total mensual	82 903 150
D. Costo de impuestos y beneficios (35% sobre C)	29 016 102.5
E. Suma de C + D	111 919 252.5
Costo total anual	1 454 950 282.5
Recursos del SPSS destinados al pago de personal ²⁸	11 282 547 341.03

Fuentes: Construcción propia

* Se estima a partir del número de unidades ambulatorias que sólo son atendidas por pasantes¹⁷

social. Particularmente relevante es el proyecto de norma NOM-009-SSA3 de 2007. En esta norma se establecen diversas modalidades para poder practicar el servicio social. Además de la asignación a unidades rurales, se establece la posibilidad de vincularse a tareas de investigación y docencia y se abre la posibilidad de asignar pasantes a unidades de salud en localidades urbanas de bajo desarrollo económico y social. En ninguno de los casos la norma establece específicamente un criterio sobre las circunstancias en las que la asignación a este tipo de unidades es permitida. La norma no restringe la asignación de pasantes a unidades donde no se encuentra disponible un médico graduado y la supervisión se plantea de forma poco específica, como responsabilidad de las instituciones de salud en coordinación con las instituciones educativas.²⁹

Es interesante observar el tipo de vínculo formal que se establece entre los pasantes y las instituciones que los acogen. Los pasantes ocupan "plazas" con un pago asignado por la propia institución de salud. Sin embargo estas plazas, tal como se denominan en la normatividad, no implican un vínculo laboral. Los pasantes no pagan impuestos y reciben un estipendio mensual de alrededor de mil doscientos pesos. Al no ser trabajadores, no son de interés del sindicato institucional. Este estatus es a todas luces ambiguo, ya que en estricto sentido no son trabajadores sino estudiantes, pero las actividades que realizan están relacionadas directamente con la atención de pacientes y la responsabilidad del manejo de la unidad cuando no existe una persona contratada que asuma esas funciones. Los pasantes suelen atender un volumen diario de usuarios similar al de sus colegas contratados.³⁰

Conclusiones

El servicio social de medicina en México es pionero en el ámbito internacional. Nacido de una coyuntura política particular hace más de siete décadas, se arraigó como parte de un esquema de prestación de servicios ambulatorios a poblaciones rurales y pobres y se ha mantenido sin cambios a pesar de las transformaciones que el sistema de salud mexicano ha experimentado, entre ellas, la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social en 1943, la descentralización de la Secretaría de Salud en 1983 y la reforma financiera del Seguro Popular en 2003.³¹

Estos cambios han hecho del sistema de salud mexicano uno muy distinto del existente en 1936 cuando inició el servicio social. La esencia del servicio social y su operación se han mantenido prácticamente intactas desde sus inicios y los cambios han estado más ligados a la distribución de pasantes entre las instituciones públicas. Durante este largo periodo otros países han implementado modelos distintos con mejores resultados. En Colombia, por ejemplo, el servicio social se realiza una vez que el médico ha sido graduado y existe una tarifa diferencial de pagos a favor de aquellos que deciden ir a un área rural.³² En Chile, el servicio social tiene una duración de tres años en áreas rurales y los estudiantes obtienen puntos a favor si deciden presentar el examen de residencias médicas para ingresar a estudiar la especialidad clínica.³³ En México no existen ese tipo de incentivos. Para convertir al servicio social en una experiencia útil, los pasantes deberían participar bajo otro tipo de condiciones, tal como lo muestran los

casos expuestos arriba y que en México ya han sido propuestos anteriormente.³⁴ La temporalidad del servicio social podría variar siempre y cuando los pasantes tuvieran incentivos y supervisión apropiados para poder hacer de esta experiencia un mecanismo adecuado de entrenamiento *in situ*. Además de los incentivos, la supervisión adecuada permitiría a los pasantes sentirse más protegidos en áreas de conflicto social.

Otro tema importante a considerar es el hecho de que a partir de 2003 las personas afiliadas al SPS adquieren una serie de derechos como consecuencia de esa nueva condición. El SPS busca proteger a sus beneficiarios a través de garantizar que los subsidios les permitan obtener mayor capacidad para guiar sus preferencias respecto a la atención que reciben del sistema. En teoría, los beneficiarios deberían ser más críticos y exigentes. Sin embargo, este nuevo mecanismo deja en claro que la medicina general (incluidos los pasantes) es subvalorada por los pacientes quienes prefieren frecuentemente seguir pagando de bolsillo a un médico privado especialista que recibir consulta de un médico general en una unidad de salud de la red pública. Esta búsqueda de opciones de atención también está ligada al problema todavía existente de la falta de medicamentos en las unidades de salud.³⁵

Existen las condiciones en la actualidad para que las unidades de salud que son cubiertas solamente por pasantes sean dotadas de médicos por contrato. Bajo estas condiciones es posible cambiar el esquema de incentivos para médicos contratados y pasantes que promueva su asignación a unidades rurales. Existe una gran cantidad de experiencias nacionales³⁶ e internacionales^{37,38} sobre la contratación de médicos para ofrecer servicios en áreas rurales que deberían ser revisadas y consideradas. De esta manera, los médicos contratados podrían responsabilizarse de la atención a los afiliados al Seguro Popular y los pasantes colaborar con ellos de manera supervisada. Esto haría que el servicio social se convirtiera en la última experiencia educativa previa a la graduación y no como es en la actualidad, en la primera experiencia laboral en condiciones inadecuadas. Las estimaciones financieras presentadas muestran que dotar de médicos graduados a las unidades de salud que actualmente son cubiertas sólo con pasantes costaría al SPS entre 13 y 18% del total de recursos utilizados en la contratación de personal. Una inversión de 18% incluiría una proporción para volver más atractiva la posibilidad de practicar en unidades rurales a través de incentivos financieros.

El sistema de salud mexicano necesita mejorar su capacidad de respuesta en la dotación de servicios a poblaciones actualmente aseguradas por el Seguro Popular que en una proporción importante (alrededor

de 35%) son poblaciones rurales. El aseguramiento debe plantearse desde la demanda como un mecanismo para presionar por una mejora de los servicios y desde la oferta para garantizar que estos servicios sean prestados en las mejores condiciones posibles. Un factor clave para lograr este cambio es modernizar la estrategia del uso de pasantes para la prestación de servicios de salud. Esto se puede lograr a través de direccionar adecuadamente una proporción de los recursos que el Sistema de Protección Social en Salud transfiere a los estados para la contratación de personal de salud. Una forma prioritaria de gasto en contrataciones en todos los estados debería ser la de garantizar que médicos titulados sean responsables de las unidades rurales. La normatividad del servicio social no debería permitir a los pasantes practicar en unidades de salud donde no existen médicos titulados. El papel de los pasantes podría redefinirse para permitirles apoyar en estas tareas bajo un modelo operativo basado en la acción responsable y de calidad y no en el castigo innecesario que representa hoy la forma en la que miles de ellos son obligados a participar.

Agradecimientos

A las licenciadas Elizabeth Aguilar y Rosa Bejarano por su apoyo en la búsqueda y sistematización de la información. Sin embargo, los contenidos expresados en el documento son responsabilidad absoluta de su autor.

Declaración de conflicto de intereses: El autor declaró no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca. Ginebra: OMS, 2008.
2. Gutiérrez JP. Cobertura universal de salud en México: las brechas que persisten. *Salud Publica Mex* 2013;55:(2).
3. Graue-Wiechers E. Perspectivas en el futuro cercano. *Gac Med Mex* 2012;148:294-301.
4. Secretaría de Salud. Observatorio del Desempeño Ambulatorio 2010, México: Secretaría de Salud, 2011.
5. Secretaría de Salud. Compilación de documentos técnico-normativos para el desarrollo académico y operativo del servicio social de medicina 1999. México: Secretaría de Salud, 1999.
6. Nigenda G, Solórzano A. Doctors and corporatist politics: the case of the Mexican medical profession. *J Health Polit Policy Law* 1997;22(1):73-99.
7. López-Bárcena J, González de Cossío-Ortiz M, Velasco-Martínez M. Servicio social de medicina en México. Factibilidad del cumplimiento académico en el área rural. *Revista de la Facultad de Medicina*, 2004;47(5).
8. Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Hum Resour Health* 2006;4(12).
9. Nigenda G. The regional distribution of doctors in Mexico, 1930-1990: a policy assessment. *Health Policy* 1997;39:107-122.

10. Hamui-Sutton A. Condiciones sociales en que los pasantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) realizan el servicio social en áreas rurales. *Gac Med Mex* 2008;148:277-280.
11. Vázquez D, Galván-Martínez Ó, Ramírez-Cuadra C, Frenk-Mora J. La oferta de médicos en México: exceso y escasez. *Salud Publica Mex* 1992;34:540-545.
12. INEGI. Anuario estadístico de los Estados Unidos Mexicanos. México: INEGI, 2005.
13. Martínez M, Alatorre A. Crimen pega a médicos y pasantes en zonas de riesgo. Portal Terra. 4 de noviembre de 2012 [consultado 6 de junio de 2013]. Disponible en: <http://noticias.terra.com.mx/mexico/seguridad/crimen-pega-a-medicos-y-pasantes-en-zonas-de-riesgo,9242aef220cca310VgnVCM3000009acceb0aRCRD.html>
14. Álvarez-Manilla JM. La innovación en los proyectos comunitarios. *Perfiles educativos* 1992;55-56:40-44.
15. Nigenda G, Ruiz JA. El caso de México. En: OPS, ed. Factores restrictivos para la descentralización en recursos humanos. Serie Desarrollo de Recursos Humanos no. 16. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1999:151-180.
16. Nigenda G, Ruiz-Larios JA, Aguilar-Martínez ME, Bejarano-Arias R. Regularización laboral de trabajadores de la salud pagados con recursos del Seguro Popular en México. *Salud Publica Mex* 2012;54:616-623.
17. Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Base de datos de recursos (infraestructura, materiales y humanos) de la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud 2001-2009 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. [Consultado el 30 marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx>.
18. Nigenda G, Aguilar-Martínez ME, Ruiz-Larios JA. Capítulo IV. Médicos. En: Nigenda G, Ruiz-Larios JA, ed. Formación, empleo y regulación de los recursos humanos para la salud. Bases para su planeación estratégica. Bogotá: Javegraf, 2010:179-222.
19. Nigenda G, Ruiz F, coord. Construcción de métricas comunes para la estimación de recursos humanos para la salud. Informe regional. Comunidad colaborativa de recursos humanos para la salud. Fundación Mexicana para la Salud. Bogotá: Javegraf, 2012.
20. Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística. Tomo I: Recursos físicos, materiales y servicios. México: Secretaría de Salud, 2009.
21. Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística 2009. Tomo IV: Recursos financieros. México: SSA, 2010.
22. Puentes E, Gómez O, Garrido F. Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. *Rev Panam Salud Publica* 2006;19(6):394-402.
23. González-Chávez A, Elizondo-Argueta S, Torres-Sánchez I, Rangel-Mejía MP, Ramírez-Loustalo MR, Jiménez-Fernández N. Control glucémico en pacientes ambulatorios con diabetes en la consulta externa del Hospital General de México. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2010;73:161-165.
24. Secretaría de Salud. Observatorio del Desempeño Hospitalario 2010. México: Secretaría de Salud, 2011.
25. Vázquez-Martínez D. Competencias profesionales de los pasantes de enfermería, medicina y odontología en servicio social en México. *Rev Panam Salud Publica* 2010;28(4).
26. Barrientos-Gómez M, Lin-Ochoa D, Vázquez-Rodríguez EI. El servicio social en la carrera de Medicina como una estrategia de formación para los estudiantes. *Medicina, Salud y Sociedad* 2012;(1).
27. Nigenda G, González-Robledo LM, Aracena B, Juárez C, Wirtz V, Idrovo AJ, et al. Evaluación de procesos administrativos del Sistema de Protección Social en Salud 2009. Resumen ejecutivo. México: INSP, 2010.
28. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Dirección General de Financiamiento. México: CNPSS, 2012.
29. Diario Oficial de la Federación. 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. México: Diario Oficial de la Federación, 16 Noviembre 2009.
30. Secretaría de Desarrollo Social. Evaluación externa del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades 2008. A diez años de intervención en zonas rurales (1997-2007). Tomo II. El reto de la calidad de los servicios: resultados en salud y nutrición. México: Secretaría de Desarrollo Social, 2008.
31. Graue-Wiechers E. Perspectivas en el futuro cercano. *Gac Med Mex* 2012;148:294-301.
32. Dueñas-Padrón A, Giraldo-Samper D, Janer-Ruiz H, Escobar-Gaviria R. El servicio social obligatorio en Colombia. En: Servicio social y comunitario en el entrenamiento médico y la práctica profesional. Washington: Foundation Josiah Macy Jr., 1993:241-272.
33. Organización Panamericana de la Salud. El servicio social de Medicina en América Latina. Situación Actual y Perspectivas. Informe de taller regional. Serie Desarrollo de Recursos Humanos no. 18, Washington: OPS, 1998.
34. Soberón G, De la Fuente JR, López-Bárcena J, Narro J. La experiencia de México: servicio social como experiencia educacional en: Servicio social y comunitario en el entrenamiento médico y la práctica profesional. Washington, D.C.: Fundación Josiah Macy, Jr., Federación Panamericana de Asociaciones y Escuelas de Medicina y Organización Panamericana de la Salud. Ed. Josiah Macy Jr, 1993:32-39.
35. Wirtz V, Reik M, Leyva-Flores R, Dresser A. Medicines in Mexico, 1990-2004: Review of research on use, access and quality. *Salud Publica Mex* 2008;(50):470-479.
36. Nigenda G, González-Robledo LM. Contracting private sector providers for public sector health services in Jalisco, Mexico: perspectives of system actors. *Hum Resour Health* 2009;7:79. Doi: 10.1186/1478-4491-7-79.
37. Montagu DD, Anglemeyer A, Tiwari M, Drasser K, Rutherford GW, Horvath T, et al. Private versus public strategies for health service provision for improving health outcomes in resource-limited settings. San Francisco, CA: Global Health Sciences, University of California, San Francisco, 2011.
38. England R. Experiences of contracting with the private sector. A selective review. London: DFID, 2004.