

Perspectivas en el futuro cercano

Enrique Graue Wiechers*

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen

A fin de discutir y reflexionar sobre las condiciones y características que deben darse en el Servicio Social prestado por los estudiantes de Medicina, se presenta un rápido balance de estos 75 años, en que la medicina ha colaborado con médicos pasantes al Sistema Nacional de Salud, arrojando resultados positivos.

Durante estos años, se hacen necesarias ciertas reformas a las condiciones en las que se presta el Servicio Social y permitir una mejor prestación de los servicios médicos que propicie oportunidades de educación médica continua.

Los principales problemas a enfrentar son: la redefinición de las características de las sedes; la creación gradual de distintas alternativas; la regionalización y la creación de plazas dobles en las zonas rurales marginadas, entre otros.

En el plazo mediano, es necesario: regularizar la situación jurídica, implementar la supervisión y tutoría constantes, y, a largo plazo, que toda la atención primaria en zonas marginadas y urbanas sea llevada a cabo por médicos generales y sean ellos los que se conviertan en los tutores de nuestros pasantes.

Lo anterior nos permitiría fortalecer los programas de educación continua y colaborar más eficazmente a la formación de recursos humanos necesarios para la mejor atención de la salud en nuestra población.

PALABRAS CLAVE: Reformas. Perspectivas. Servicio Social.

Abstract

A rapid balance of these 75 years in which Medicine has contributed with medical students in Social Service to the National Health System, with positive results is presented here as a basis to discuss and reflect on the conditions and characteristics that should be present in the Social Service performed by medical students.

Some changes to the conditions under which the Social Service is performed are necessary, as well as improving the medical services to enhance medical continuing education.

The main problems to deal with are: redefining sites characteristics, the gradual creation of different alternatives, regionalization, and the creation of double-vacancies in marginal rural zones, among others.

In the intermediate term, it is necessary: adjust the legal situation, implementing continuous supervision and tutorship, and in the long term that general practitioners are in charge of all primary care in marginal and urban areas, and become tutors to the students in Social Service.

These measures would allow us to strengthen continuing education and a more efficient collaboration to train human resources for the health care of our population.

KEY WORDS: Reformation. Perspectives. Social Service.

Correspondencia:

*Enrique Graue Wiechers

Facultad de Medicina

Universidad Nacional Autónoma de México

Avda. Universidad, 3000, Circuito Interior, Edificio B, 2.º piso

Ciudad Universitaria, C.P. 04510, México, D.F.

E-mail: graue@unam.mx

Fecha de recepción en versión modificada: 24-04-2012

Fecha de aceptación: 09-05-2012

En 2011 se cumplieron 75 años de haberse instituido como obligatorio el Servicio Social para aquellos que terminan la carrera de Medicina. Los orígenes y razones que dieron pie a su creación ya se describieron por C. Ramírez López.

Fueron los pasantes de la entonces Escuela de Medicina los que inauguraron en México esta modalidad de retribución social. Desde entonces y hasta la fecha, otras muchas profesiones de las distintas ramas del conocimiento se han sumado a este loable esfuerzo. Prestar alguna forma de Servicio Social es una obligación elevada ya a rango constitucional y requisito indispensable para obtener el título profesional en casi cualquier carrera¹.

Si bien el Servicio Social es obligatorio para todos los estudiantes del nivel de educación superior, el caso de Medicina y de algunas otras carreras del área de la salud (Enfermería y Odontología) siempre han sido tratados en forma distinta. En Medicina, los estudiantes no pueden iniciar la prestación del Servicio Social sino hasta que terminan la totalidad de los créditos correspondientes al plan de estudios, mientras que en el resto de las carreras el Servicio Social se puede iniciar con el 70-80% de los créditos cubiertos.

En Medicina, el Servicio Social es de tiempo completo, con duración de 1 año, en tanto que en otras áreas del conocimiento la prestación de Servicio Social se lleva a cabo en tiempo parcial, con muchas menos horas por cumplir y como una actividad que se puede realizar antes de concluir el plan de estudios correspondiente.

Lo anterior ha dado origen a que Medicina opere con una normatividad específica, con leyes reglamentarias y numerosas disposiciones que han cambiado a lo largo del tiempo y que, con frecuencia, han provocado que preceptos de menor orden jerárquico se contrapongan a leyes de orden superior. Estas circunstancias hacen que sea impostergable la realización de adecuaciones legislativas que se apeguen al orden constitucional.

Las contradicciones reglamentarias a las que ha hecho mención J.J. Mazón en el desarrollo de este simposio se podrían explicar por la necesidad de normar una atención médica que se ha venido haciendo indispensable para el sector salud para poder abarcar, en el área rural, una gran cantidad de población marginada y carente de otros servicios médicos, permitiendo, de esta manera, una ampliación importante de la cobertura de atención médica a costos muy bajos.

Lo anterior ha provocado que exista un interés, en ocasiones desmedido, en intentar regular y obligar a

la prestación de este servicio, a la mejor conveniencia del Estado, sin importar las condiciones de las sedes y sin considerar las aptitudes, conocimientos y destrezas de los recién egresados.

La función del médico pasante en Servicio Social (MPS) como prestador de servicios médicos en el primer contacto es y ha sido, sin lugar a dudas, de gran apoyo para el desarrollo sanitario de nuestro país. En el pasado, muchos de los MPS, ya graduados, regresaron a las poblaciones o regiones donde prestaron su Servicio Social, se acercaron ahí y colaboraron eficazmente a la ampliación de los servicios médicos en todo el territorio nacional.

Probablemente, hoy en día, este fenómeno no sucede con tanta frecuencia, pues las poblaciones sujetas de su atención son comunidades en municipios de alta marginación social que, con dificultad, exceden de los 1,500 habitantes, además de que, habitualmente, están localizadas en regiones geográficas lejanas a los polos del desarrollo social y económico, lo que hace difícil pensar que los médicos recién graduados regresen a acercarse y puedan llevar ahí, en un futuro, una vida de desarrollo profesional, social y familiar acorde con sus legítimas aspiraciones personales.

Los MPS se encuentran distribuidos principalmente en unidades médicas rurales, tanto de la Secretaría de Salud (SSA) como del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En estas unidades su labor asistencial es de gran importancia, pues si se considera que el Sistema de Salud cuenta anualmente con al menos 11,000 pasantes y que éstos prestan sus servicios, en su gran mayoría, en zonas marginadas con poblaciones que fluctúan entre los 1,000-1,500 habitantes, se podrá apreciar fácilmente que de ellos depende el cuidado de la salud de una población que debe oscilar entre los 10-15 millones de mexicanos de escasos o muy escasos recursos económicos (Fig. 1).

Como se puede observar en la gráfica anterior, de la totalidad de las unidades rurales de la SS, el 82% se benefician con la presencia de los MPS y el 59% de aquellas del IMSS. En ellas, el pasante no sólo es el encargado de la atención médica, sino que también recolecta los datos epidemiológicos de esas regiones distantes y marginadas; en muchos casos, los MPS llevan también una fuerte carga administrativa y colaboran eficazmente en campañas de prevención y educación en salud, al igual que atienden en casos de emergencias sanitarias y epidemiológicas.

Pero no únicamente el Sistema de Salud se ha visto beneficiado con los servicios de los MPS. Ese año de trabajo intenso y lleno de experiencias médicas y

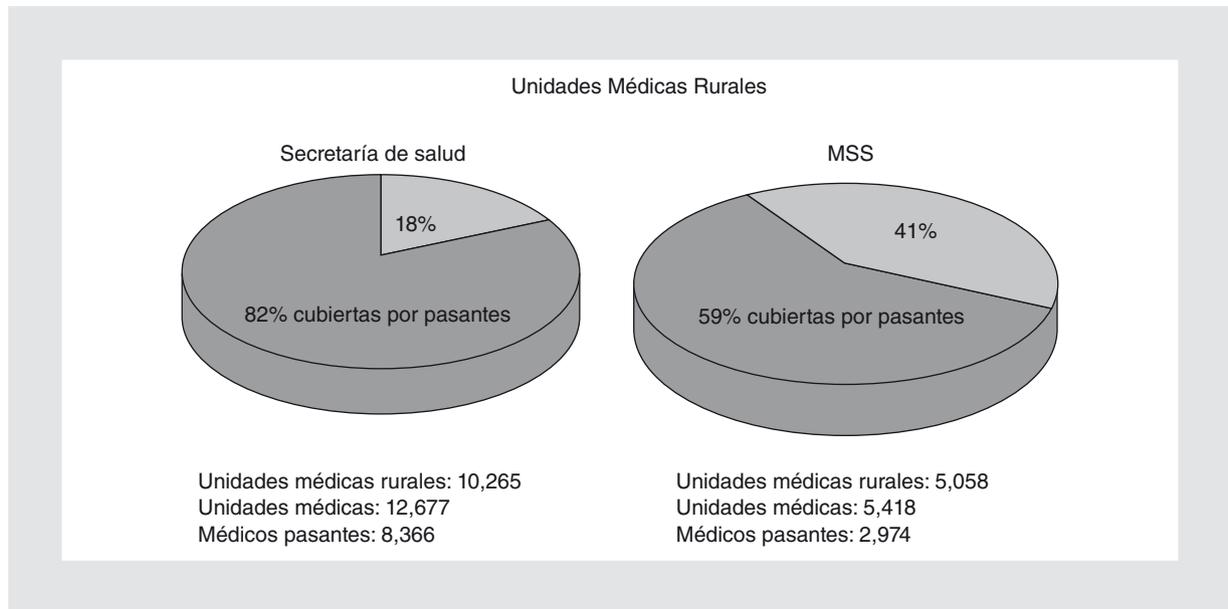


Figura 1. La atención médica en el área rural, tanto en las unidades de la Secretaría de Salud como en aquellos del IMSS, es fuertemente apoyada por los médicos pasantes de las distintas escuelas de medicina del país. (Fuente: Coordinación del Servicio Social. Facultad de Medicina).

sociales es también de gran importancia educativa, pues les permite a los MPS completar su formación como médicos generales, adquirir seguridad en sí mismos y entender su papel dentro del equipo de salud y de la organización sanitaria nacional; su labor en la comunidad propicia en ellos el desarrollo de habilidades de liderazgo profesional, social y personal. Asimismo, les permite fortalecer su autoestima e identificar y reflexionar sobre la necesidad de su educación continua.

Tal vez la mejor enseñanza y experiencias que les deja a los MPS el año de Servicio Social es la oportunidad de conocer y de vivir de cerca las necesidades cotidianas y los problemas sociales y de salud de nuestra población marginada, lo que permite, en muchos casos, la creación de relaciones afectivas hacia la comunidad y colabora eficazmente a asumir el papel social que el médico mexicano debe tener y que, muy probablemente, deja una impronta imperecedera en su ejercicio profesional.

Por otra parte, a las escuelas y facultades, la experiencia de los MPS nos permite reorientar contenidos y modificar planes y programas de estudio para abarcar con suficiencia las competencias necesarias para el ejercicio de la medicina general, así como encauzar esfuerzos para la educación continua y a distancia.

Un rápido balance de estos 75 años, en que la medicina ha colaborado con médicos pasantes al Sistema Nacional de Salud, arroja resultados muy positivos: decenas de millones de mexicanos, habitualmente los

más pobres, han tenido, gracias a los MPS, posibilidades de atención médica primaria; los MPS han colaborado eficazmente al mejor desarrollo del sistema sanitario nacional; el médico mexicano, gracias al Servicio Social, tiene un contacto cercano con la realidad nacional, y esto colabora en la formación social del médico; a las escuelas y facultades de medicina, el Servicio Social nos ayuda a identificar nuestras debilidades y fortalezas en la educación del médico como un generalista que debe encargarse de la población a nivel de la atención primaria de la salud.

Si bien todo lo anterior es cierto, también es innegable que, a 75 años de haberse implantado, se hacen necesarias ciertas adecuaciones y reformas a las condiciones en las que se presta el Servicio Social, y que, a su vez, permita una mejor prestación de los servicios médicos y propicie oportunidades de educación médica continua.

Debo decir, con toda claridad, que los responsables de las decisiones educativas en medicina percibimos al Servicio Social como un ciclo de educación en servicio, por lo que el médico pasante es un alumno más de nuestras escuelas y está bajo nuestra responsabilidad hasta la obtención de su título profesional, sin importar si este ciclo educativo tiene o no valor en créditos. Por lo tanto, cualquier reforma que se haga, legislativa o de las condiciones en las que se presta el Servicio Social, deberá prever y respetar esta inalienable responsabilidad de las escuelas de medicina.

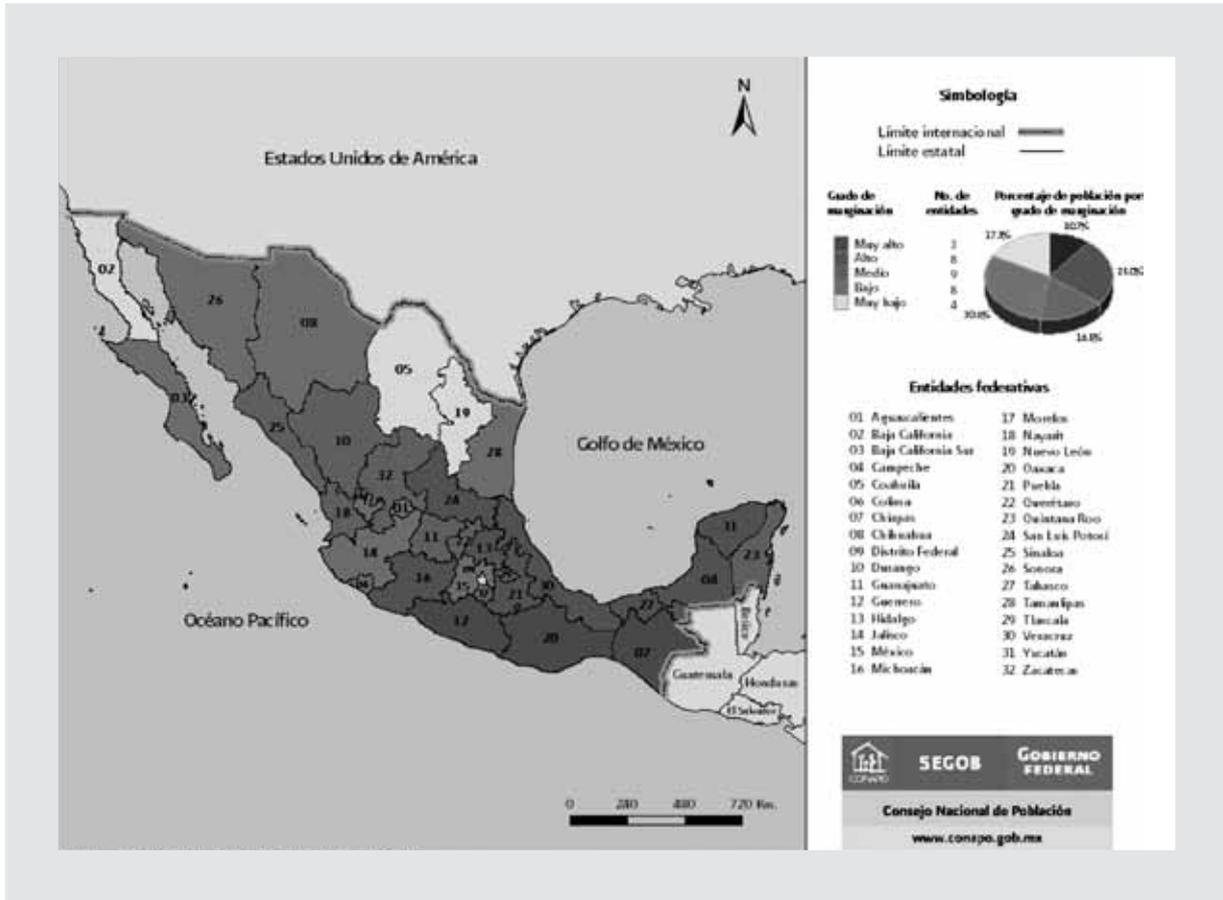


Figura 2. Los municipios con alto índice de marginación que requieren de la atención médica rural se encuentran dispersos en todo el territorio nacional, con mayor concentración en el centro y sur del país. (Fuente: Índice de marginación 2010. Consejo Nacional de Población [CONAPO]).

Es un deber de las universidades y, en consecuencia, de las escuelas de medicina, la actualización periódica de sus planes de estudio, y esto, sin duda, comprende el análisis de las condiciones actuales en que presenta el Servicio Social. Por ello, la importancia de este simposio, que amablemente ha aceptado la Academia Nacional de Medicina se lleve a cabo en su seno, a fin de discutir y reflexionar sobre las condiciones y características que, en opinión de este cuerpo calificado, órgano consultor del Gobierno federal, deben darse en el Servicio Social prestado por los estudiantes de Medicina.

Para el efecto, expondré lo que, en mi calidad de director de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), considero son los principales problemas que enfrenta este ciclo educativo.

La supervisión y tutoría de los pasantes

De acuerdo con el Consejo Nacional de Población, México cuenta con 2,455 municipios, con diversos

índices de marginación, distribuidos en toda la República. Como es de apreciarse, los municipios con mayor índice de marginación se encuentran en los estados de Oaxaca, Guerrero y Chiapas, pero, en realidad, la pobreza se encuentra dispersa en todo el territorio nacional² (Fig. 2).

Son estos municipios y poblaciones aquellos donde idealmente debe llegar la acción sanitaria y preventiva de los MPS. Para que esta acción sea efectiva, las escuelas de medicina debemos llevar educación continua, supervisión y asesoría a los médicos en servicio y no delegarla exclusivamente en la jurisdicción sanitaria correspondiente. La experiencia de ya muchos años nos permite afirmar que ellos ven al pasante como un trabajador de la salud y no como un estudiante en servicio, sin experiencias previas, y enfrentándose a problemas de salud para los que no necesariamente han sido plenamente preparados. Podría alegarse que no habría por qué cambiar si siempre ha sido así y ha funcionado bien para las partes. Afirmar lo anterior es desconocer que la sociedad ha cambiado



Figura 3. En el estado de Sonora los MPS de la Facultad de Medicina se encuentran dispersos en casi todo el territorio del estado, dificultando su supervisión y apoyo educativo. A partir de la promoción 2011, se circunscribieron a la zona que se indica en el recuadro, facilitando así su organización y supervisión. (Fuente: Coordinación del Servicio Social. Facultad de Medicina).

y que exige, cada vez con mayor firmeza, un servicio médico de calidad aun, por supuesto, en estas zonas marginadas.

Como respuesta al problema de la necesaria supervisión y tutoría de los MPS, algunas escuelas de medicina, entre ellas la Facultad de Medicina de la UNAM, han optado por la regionalización y focalización de esfuerzos educativos, pues se hace prácticamente imposible llevar a cabo estas funciones en amplias zonas que, por su dispersión geográfica, sería prácticamente imposible cubrir. La Facultad de Medicina ha iniciado este esfuerzo en distintas regiones del país. Tómese, por ejemplo, el caso del estado de Sonora, donde teníamos, en todas las poblaciones marcadas en el mapa, la presencia de MPS, y, desde este último ciclo escolar, la hemos circunscrito a un solo sector del estado (Fig. 3).

Lo propio hemos hecho en los estados de Puebla, Oaxaca y Veracruz con manifiestos de buenos resultados.

Un proyecto de regionalización de esta naturaleza deberá acompañarse de cambios en la forma en la que se brinda atención médica y se le da seguimiento a los casos que, por su naturaleza, requieren de tratamientos intrahospitalarios o de atención quirúrgica de diversa índole. Las unidades médicas rurales, tanto de la SSA como del IMSS, debieran relacionarse con un hospital rural, centro de referencia de los casos

médicos que requieran de internamiento. En estos hospitales rurales los pasantes adscritos a las unidades médicas rurales deberían también rotar a efecto de dar alguna forma de continuidad a los casos por ellos referidos. Estos hospitales rurales debieran ser centros donde, bajo supervisión médica, los pasantes rotaran temporalmente como internos a fin de completar su formación médica.

Los hospitales rurales podrían convertirse en verdaderas sedes universitarias si en ellos se instalaran equipos de comunicación y de las tecnologías de la información que permitieran un apoyo académico constante a los pasantes distribuidos en la región, academizando este año de entrenamiento en servicio y elevando, en lo general, el nivel de atención médica que se brinda a esas poblaciones marginadas.

Un proyecto de esta naturaleza debe llevar aparejado una serie de cambios en la infraestructura de las sedes en las unidades médicas rurales, pues en ellas, a fin de no dejar nunca sin atención médica a la población, se requeriría la creación de dobles plazas de pasantes, a fin de que si uno de los MPS estuviera rotando por el hospital rural regional, el otro estuviera disponible para continuar su labor asistencial en la población que se les haya asignado. Este proyecto lo hemos iniciado en el estado de Oaxaca y, de ser exitoso, pensamos proponerlo a las distintas jurisdicciones sanitarias donde tenemos presencia.

La regionalización del Servicio Social, así planteada, nos permitiría tener indicadores para un mejor seguimiento de las poblaciones y proponer en ellas, en un futuro, un programa integral de trabajo social interdisciplinario que afectara positivamente al desarrollo integral de la región.

Características de las sedes en las unidades rurales

A pesar de que la Norma Oficial Mexicana (NOM 178 SSA1-1998)³ enuncia los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento que debe tener una sede para la prestación del Servicio Social, esto no siempre se cumple. De acuerdo con una encuesta que realizó la Facultad de Medicina en los MPS en 2009, al menos una quinta parte de las unidades médicas rurales no contaban con el equipamiento e insumos necesarios para la prestación de un servicio mínimo de atención primaria.

La norma antes citada poco habla de las características que debe tener la habitación del o de los MPS, y, de acuerdo con la misma encuesta citada, una

tercera parte de las sedes existentes para la Facultad de Medicina de la UNAM no contaban con una habitación para que el pasante pudiera vivir en las condiciones mínimas de dignidad necesarias. De aquellas que sí contaban con esta característica, algunas habían sido reacondicionadas con recursos del propio pasante para cumplir a cabalidad con su permanente presencia en la sede asignada.

A estas dificultades a las que se enfrentan los MPS en lo relativo a sus sedes y viviendas, hay que agregar la situación de inseguridad que se vive en todo el país y que se hace más acentuada en estas regiones y poblaciones marginadas. De hecho, uno de los problemas a los que hoy nos enfrentamos es la creciente feminización de la medicina, que, de alguna forma, hace aún más crítica la situación. En este año, el 63% de los MPS, procedentes de la Facultad de Medicina de la UNAM, son mujeres. Cifras muy parecidas se presentan en todas las escuelas de medicina del país. No es infrecuente que la coordinación del Servicio Social de la Facultad tenga que reubicar pasantes, hombres y mujeres, que, por sensación de inseguridad, acoso sexual, robo con violencia y amenazas diversas solicitan su cambio inmediato de sede asignada.

Es necesario que estas unidades rurales donde se presta el Servicio Social prevean, no sólo la infraestructura médica mínima necesaria, sino que se cuente con una vivienda digna y segura, con alguna forma de barda perimetral, y puertas y ventanas que cumplan con los requisitos indispensables de seguridad y funcionalidad, con iluminación interna y externa, con capacidad de comunicación en casos de emergencia y con un oportuno mantenimiento preventivo y correctivo.

Se requiere, sin duda, a 75 años de haberse implantado el Servicio Social en medicina, de un nuevo acuerdo entre las instituciones de salud y las escuelas de medicina, en el que estas últimas certifiquen, bajo procedimientos que de común acuerdo se establezcan, que las sedes donde nuestros pasantes prestan su Servicio Social cuentan con lo mínimo necesario para dar una debida atención médica y con un lugar digno y seguro para vivir, y que no simplemente se tome en cuenta el sitio donde exista la necesidad del servicio, sin importar las condiciones en que éste se lleve a cabo.

De otras condiciones laborales del médico pasante en Servicio Social

J.J. Mazón precisaba que, de acuerdo con la legislación vigente, un pasante en Servicio Social, cuando emplea la totalidad de su tiempo en esta actividad, debe

percibir una remuneración suficiente para poder enfrentar los gastos de su vida diaria y alimentación en forma adecuada. Obviamente, esto no está sucediendo.

Por otro lado, sabemos que los pasantes no se mueren de hambre durante el año de su Servicio Social. ¿Qué sucede, entonces? La respuesta es que, en muchas ocasiones, los pasantes cobran sus servicios de consulta o urgencias, haciéndose de esta forma con el dinero necesario para su sobrevivencia. Sabemos también que esto no debe suceder así y que su gestión en la atención médica debiera ser totalmente gratuita. Al ser insuficiente la beca, los obligamos, de alguna forma, a actuar indebidamente, y todo el sistema finge no darse cuenta de esta situación. El mensaje ético que se envía a los muchachos en formación es totalmente incorrecto y contradictorio.

De acuerdo con algunos estudios hechos en la Facultad de Medicina de la UNAM, tanto por J. Cacho como por L. Hamui, la beca debiera andar alrededor de los \$ 5,000 mensuales para aquellos pasantes del área rural, y ésta apenas se encuentra, con todo y el incremento reciente, en menos de la mitad de esa cantidad. Se antoja necesario que las instituciones de salud estudien el problema financiero y le den urgente solución, y, una vez establecido el monto, éste se vea sujeto, en forma anual, a los incrementos inflacionarios a los que están sujetos todo tipo de salarios y remuneraciones personales.

Deben también regularizarse y uniformarse otro tipo de prestaciones. El seguro de responsabilidad profesional debe recaer en las instituciones de salud, y tal vez también debiera legislarse para dar protección jurídica a los MPS cuando, sin intención, incurran en supuestos de conducta profesional inadecuada. Lo mismo sucede con el derecho a recibir atención médica en caso de enfermedad. El derecho a la protección del IMSS, como estudiantes de nivel superior, lo tienen, pero no siempre se les entrega la documentación necesaria para el ejercicio de sus derechos y, con cierta frecuencia, aquella les es negada. También debiera incrementarse, en forma significativa, el seguro en caso de fallecimiento durante el Servicio Social, pues actualmente es de \$ 7,500 para las zonas urbanas y de \$ 35,000 para las áreas rurales.

¿Debe seguir siendo este modelo de Servicio Social el que debe prevalecer en los años por venir?

El egreso de médicos generales en nuestra nación ha ido en constante aumento y, en los últimos 20 años,

se ha prácticamente duplicado. Este año (2011) el egreso será de alrededor de 12,000 médicos, y, de acuerdo con las tendencias, para fines de 2020 el número ascenderá a casi 20,000 médicos generales/año. Por otra parte, las plazas para acceder a una especialidad no se han incrementado en la misma medida a pesar del déficit que de especialistas se espera para la siguiente década⁴.

Indudablemente, habrá que hacer un esfuerzo para incrementar gradualmente el número de especialistas que el país necesita; se antoja casi imposible que, en los años por venir, podamos formar el número que el país demanda; su formación no depende exclusivamente de suficiencias presupuestales, y está más bien ligada a la capacidad técnica y educativa de las sedes existentes, por lo que primero habrá que incrementar éstas y reformar todo aquello que nos permita generar especialistas competentes y en suficiencia.

Pero, siendo honestos y objetivos, sabemos que en los siguientes años la duplicación de plazas para realizar una residencia de especialidad es muy poco probable. Si actualmente el egreso nacional es de 12,000 médicos generales y el número de plazas disponibles para realizar una especialidad es de 6,000, la deducción es muy simple: más de 6,000 médicos, en forma anual, actuarán como médicos generales.

Lo anterior no es necesariamente malo; la atención primaria de la salud debe estar a cargo del médico general, y ése es el modelo de atención al que debemos aspirar. Sin embargo, la contratación de médicos generales por el sector salud es realmente escasa, con comportamientos erráticos y sin una política definida con claridad. En la última década han existido contrataciones anuales hasta de mil médicos generales, mientras que, en otros años, su contratación ha sido nula o muy escasa, pero, en cualquier caso, en números muy inferiores al número de médicos que egresan anualmente.

No es motivo de este simposio el análisis pormenorizado de la necesidad de médicos generales en el país, pero, simplemente tomando en cuenta las plazas de Servicio Social existentes, se podría afirmar, con seguridad, que al menos se requerirían 12,000 médicos generales para ocupar el lugar que actualmente ocupan los MPS.

¿Qué pasa con los 6,000 médicos que en forma anual no ingresan en los distintos programas de residencia y no son contratados por el sector salud como médicos generales? La respuesta es muy sencilla: algunos de ellos volverán a intentar ingresar a través del

Examen Nacional de Aspirantes para las Residencias Médicas (ENARM), y son aquellos que anualmente se suman al número creciente de aspirantes (aproximadamente 24,000/año). Algunos de éstos conseguirán ingresar, pero la mayoría de esos médicos generales tendrán que buscar una de las muy escasas oportunidades de empleo que el sector salud les ofrece, abrir un consultorio, o bien subemplearse en alguna otra actividad, relacionada o no con la medicina.

Estamos ante una terrible paradoja: el MPS es el principal enemigo del médico general recién egresado, pues su presencia en las unidades médicas rurales, por 2,000 pesos mensuales, impide que al año siguiente, cuando el médico general se titule, sea contratado por el sector salud para ocupar el lugar que, como médico general, le corresponde en la atención primaria.

Es aquí donde se ha perdido el espíritu que, inicialmente, hace 75 años, tenía el Servicio Social en medicina. Entonces hacían falta médicos generales en las zonas marginadas, y el MPS vino a satisfacer esa necesidad. Hoy, el MPS tiene un sentido utilitario para el sector salud: su presencia ahorra una gran cantidad de recursos, al tiempo que impide la contratación de médicos generales.

Como ya lo mencioné, después de 15 lustros, resulta imperiosa la necesidad de un nuevo acuerdo entre las instituciones de salud y las educativas: las autoridades en salud deben abandonar el sentido utilitario de los pasantes como una fuerza de trabajo muy económica, y las instituciones de educación superior debemos entender a ese año de educación en servicio como una oportunidad que nos permita educar, supervisar y madurar al médico general con el sentido social que el país requiere.

Así expuesto, el Servicio Social debe prevalecer; sus ventajas, ya señaladas, son muchas y necesarias para la adecuada formación del médico general, pero el modelo debe modificarse.

Desde mi perspectiva, existen situaciones que son urgentes de atender; tales son los casos de: la mejora de las condiciones laborales (incremento a la beca, derecho a atención médica, seguro de responsabilidad profesional con protección jurídica que le dé certeza a los MPS así como un incremento sustancial en el seguro de vida); la redefinición de las características de las sedes y otorgarles una certificación por una comisión interinstitucional (IMSS, SSA e instituciones educativas); la creación gradual de distintas alternativas de prestación de Servicio Social, con un enfoque de género y de condiciones personales (MPS

casados, enfermos, con hijos, etc.); la regionalización del Servicio Social y la creación de plazas dobles en las zonas rurales marginadas.

En el plazo mediano, es necesario: regularizar la situación jurídica del MPS y entender esta etapa como un periodo de educación en servicio que requiere de una supervisión y tutoría constantes; hacer el Servicio Social de los estudiantes de Medicina equitativo respecto a los que prestan los estudiantes de otras áreas del conocimiento, y propiciar una multidisciplinariedad que sea realmente efectiva para las comunidades marginadas; iniciar un proyecto de contratación de médicos generales que vayan gradualmente reemplazando a los MPS en las áreas marginadas para que, de esta manera, los MPS no sean un elemento de necesidad por ser el único responsable de la salud de esas poblaciones, y que su estancia, durante ese año de prestación de servicio, sea bajo una supervisión adecuada, redunde en una mejor atención de la salud y colabore eficazmente en la formación integral del médico egresado.

Debiéramos aspirar a que, en un lapso no mayor a 10 años, toda la atención primaria en zonas marginadas y urbanas sea llevada a cabo por los médicos generales que el país forma. Deberán ser ellos, en esos sitios lejanos y desprotegidos, quienes a su vez se conviertan en los tutores de nuestros pasantes, supervisándolos y reforzando su educación. Lo anterior nos permitiría, a las instituciones educativas, fortalecer los programas de educación continua y colaborar más eficazmente a la formación de recursos humanos necesarios para la mejor atención de la salud en nuestra población.

Bibliografía

1. 50 Años de Servicio Social Médico, SPP-SEP-SSA. México, 1986.
2. Consejo Nacional de Población. Índice de marginación. CONAPO. México, 2010.
3. Norma Oficial Mexicana NOM 178 SSA1-1998 que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. México, 1998.
4. ANUIES. Anuarios estadísticos 2005-2009 [internet]. ANUIES. México, 2005 [citado 2011 Nov 08]. Disponible en: http://www.anui.es.mx/servicios/e_educacion/index2.php.