



Instituto Nacional
de Salud Pública

Mejora de la atención de mujeres embarazadas
por médicos pasantes de Servicio Social en el primer nivel de atención

Proyecto de Titulación para obtener el grado de
Maestra en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud

ADRIANA BERENICE VILLACÍS FERNÁNDEZ

Generación 2017-2019

correo electrónico: adriana-villacis@hotmail.com

Miembros del Comité Asesor:

Director: Mtro. Arturo Cuauhtémoc Bautista Morales

Asesora: Mtra. Mariana Silva Garcés.

Cuernavaca, Morelos Mayo 2020.

INDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
ANTECEDENTES	7
MARCO TEÓRICO	8
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	10
JUSTIFICACIÓN	11
OBJETIVOS	12
Objetivo general	12
Objetivo específico	12
MATERIAL Y MÉTODOS	13
IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DEL PROBLEMA.	14
ANÁLISIS DEL PROBLEMA.	16
DISEÑO DEL ESTUDIO DE NIVEL DE CALIDAD:	20
DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN	22
ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD	23
CONSIDERACIONES ÉTICAS	23
INTERVENCIÓN	24
RESULTADOS	25
DISCUSIÓN	34

CONCLUSIONES	38
RECOMENDACIONES	41
LIMITACIONES DEL ESTUDIO	42
BIBLIOGRAFÍA	43
ANEXOS	48
Anexo 1. Cédula de Evaluación de Criterios	48
Anexo 2. Análisis de Campo de Fuerzas	49
Anexo 3. Carta Descriptiva de Cursos	50
Anexo 4. Diagrama de Gantt	52
Anexo 5: Supervisiones en unidad de adscripción a médicos pasantes de Servicio Social.	53
Anexo 5. Supervisiones en unidad de adscripción a médicos pasantes de Servicio Social.	54
Anexo 6. Curso de Capacitación en Algoritmos de Atención Clínica Campeche y Carmen febrero 2019.	55
Anexo 6. Curso de Capacitación en Algoritmos de Atención Clínica Campeche y Carmen febrero 2019	56

Resumen

Los pasantes de servicio social de carreras relacionadas con la salud representan el primer y en ocasiones el único contacto de las instituciones sanitarias con la población; a pesar de ello existen deficiencias en las competencias profesionales en detrimento de la población atendida. Mediante el uso de la metodología y herramientas para la realización de “ciclos de mejora de la calidad en servicios de salud” del Dr. Pedro Saturno,¹ se implementó un proceso para mejorar la atención otorgada por médicos pasantes de servicio social a mujeres embarazadas, dentro de unidades de primer nivel de atención. El resultado obtenido fue un incremento el cumplimiento de criterios de calidad establecidos, concluyéndose que, acciones como la supervisión, la capacitación y la educación continua durante el servicio social impacta positivamente en la atención que los médicos en formación otorgan a los usuarios.

Palabras Clave: Atención, Servicio Social Medicina, Embarazo.

Health-related career social service interns represent the first and sometimes only contact of institutions with the population; however, there are deficiencies in professional competences to the detriment of the population served. Through the use of Dr. Pedro Saturno's¹ continuous improvement cycle methodology, a process was implemented to increase the care provided by social service physicians a pregnant women, within top-tier units of care; the result was an increase in the fulfilment of established quality criteria, concluding that actions such as supervision, training and continuing education during social service have a positive impact on the care that physicians in provide users.

Key Words: Attention, Social Service, Medicine, Pregnancy.

Introducción

De acuerdo al Reglamento para la Prestación del Servicio Social emitido por la Secretaría de Educación Pública, el Servicio Social en medicina representa la etapa final en la formación profesional de la carrera de medicina, y se define como la actividad práctica que ejecutan con carácter temporal y obligatorio, mediante beca o gratuitamente los estudiantes y profesionistas en interés de la Sociedad y del Estado; desde su creación en 1936 su objetivo más que académico ha sido el de cobertura de unidades rurales o marginadas que no cuentan con médicos titulados, no obstante un estudio realizado por la Dirección General de Evaluación y Desempeño en México³ determinó que la efectividad de la atención otorgada por este personal no es la idónea y por ende representa un riesgo importante para los usuarios de las unidades médicas.

En el Estado de Campeche el estudiante de medicina cursa cuatro años escolares, uno de internado de pregrado y un año de servicio social, en los primeros cinco años se priorizan aspectos relacionados con el segundo y tercer nivel de atención, con el objetivo de preparar al estudiante para una especialización médica. Aunque se abordan componentes del primer nivel de atención, no se provee al estudiante de herramientas que permitan un adecuado desarrollo dentro del año de servicio social.

La etapa formativa del Servicio Social se desarrolla en el primer nivel de atención, requiere de conocimiento de programas de Salud Pública (vacunación, atención a la salud del infante y el adolescente, etc.). El desconocimiento de programas implementados en las unidades de salud genera poco interés para el alumno a lo que se suma el abandono institucional y escolar, así como, las condiciones sociales e institucionales precarias que predominan en este escenario.

Lo anterior impacta de forma negativa en la calidad de la atención que este personal brinda a los usuarios; tal como se evidencia dentro de las supervisiones que el nivel Estatal realiza a los médicos pasantes de servicio social, en donde se ha observado desconocimiento de los programas de salud pública que se aplican en las unidades médicas.

La Secretaría de Salud del Estado de Campeche recibe de forma anual un total de 48 alumnos de medicina para realización de prácticas de servicio social, estos alumnos son coordinados de forma directa por las Jefaturas de Enseñanza de cada una de las tres Jurisdicciones Sanitarias con las que cuenta la institución. La principal problemática detectada a través de los

años es una atención inadecuada de los usuarios, la cual se evidencia en las notas médicas de expedientes clínicos y durante entrevistas realizadas a los médicos pasantes en las escasas supervisiones que se les realizan.

Los médicos pasantes de servicio social que ingresan a la Secretaría de Salud para prácticas profesionales reciben un curso de inducción dentro de la Jurisdicción Sanitaria correspondiente. Este curso no cuenta con carácter obligatorio, por lo que, existen jurisdicciones que incluso no los imparten en algunas generaciones de pasantes de servicio social. El contenido, momento en que se otorga, así como, las características del mismo no son homogéneos entre Jurisdicciones, sin embargo, el enfoque de tipo administrativo más que académico está presente en todos ellos. No se cuenta con instrumentos de evaluación que permitan tener un diagnóstico del grado de conocimiento obtenido en los temas capacitados.

En relación con la supervisión de este personal, no existe un recurso destinado para efectuarse, por lo que, esta actividad se realiza de forma aislada y no abarca la totalidad de campos clínicos ocupados. Además, esta actividad se limita a evaluar las condiciones de infraestructura física del campo clínico y no evalúa competencias académicas profesionales del médico pasante de servicio social.

Finalmente, no se cuenta con una capacitación y actualización continua de este personal que garantice una práctica profesional competente y la adopción de conocimientos y habilidades propias del Servicio Social lo que repercute en forma negativa en el desempeño de estos alumnos.

El objetivo de este proyecto es mejorar la atención otorgada por los médicos pasantes de servicio social en el primer nivel de atención a partir de un problema de salud seleccionado: atención prenatal deficiente. Al respecto, un informe realizado en el 2018 por la Organización Mundial de Salud⁴ reportó que cada día mueren aproximadamente 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. De acuerdo con el informe emitido por el observatorio de muerte materna en México al cierre del año 2018, Campeche se encontró dentro de los 11 estados que superan la razón de Mortalidad Materna (RMM) Nacional situada en 30.2. Los 48 médicos pasantes de servicio social que recibe de forma anual la Secretaría de Salud cada año atienden en promedio a 480 embarazadas y otorgan un promedio de 2,880 consultas en los seis meses que rotan por una unidad de primer nivel de atención. En algunas

unidades del primer nivel de atención el médico pasante de servicio social representa el primer y único contacto de la mujer embarazada con los servicios de salud, por lo que resulta muy importante que la atención que brinda sea efectiva.

Antecedentes

Los pasantes de servicio social de carreras relacionadas con la salud representan el primer y en ocasiones el único contacto de las instituciones sanitarias con la población; a pesar de ello existen deficiencias en las competencias profesionales en detrimento de la calidad de la atención recibida por la población, tal como lo demuestra un estudio realizado en el Estado de Tabasco en el 2009, en el que se encontró deficiencias científico técnicas en el 50% de los pasantes de servicio social de medicina, lo que se traducía en un desempeño profesional no suficiente.⁵ Un estudio realizado en México en el 2008 muestra que del total de médicos graduados entre 2006 y 2008, el 32.7% que habían sido asignados como trabajadores de una institución pública de salud, no contaban con el nivel de competencias técnicas de acuerdo al examen practicado por el Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior.⁶

En el 2012, la Dirección General de Evaluación del Desempeño publicó la síntesis ejecutiva de un proyecto que evaluó el desempeño de centros de salud atendidos de forma exclusiva por médicos pasantes de Servicio Social, encontrando que la calidad de los servicios es deficiente en comparación con las unidades que cuentan con médico responsable, de igual modo se detectó que la capacitación se basó primordialmente en trámites y actividades administrativas y en menor medida en fortalecimiento de la capacidad profesional. Este documento también demostró que, en el caso de la atención prenatal, las deficiencias predominantes se encontraron en la solicitud oportuna de exámenes de laboratorio y ultrasonido, así como detección de signos y síntomas de alarma.³

En lo que respecta a la percepción que los médicos pasantes de Servicio Social tienen de esta etapa, un estudio realizado en el Estado de Tabasco por catedráticos de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco reveló que un 92% de médicos pasantes de servicio social encuestados, manifestaron la importancia del conocimiento y aplicación de las Normas y Guías de Práctica Clínica para un buen desempeño, de igual modo calificaron el proceso formativo durante esta etapa de la carrera como excelente (29%), bueno (58%) y regular (13%).⁷ En otro estudio realizado en el 2014 también en el Estado de Tabasco reveló que el 96.4% de los 140 médicos pasantes de servicio social encuestados, considera el Servicio Social importante para

su formación profesional, sin embargo, más de la mitad (55.7%) reportó que si tuvieran oportunidad de elegir les gustaría estar en otro lugar, principalmente en el área urbana, y 19.2% de ellos en un hospital, pues las funciones administrativas les dejan escaso tiempo para estudiar y participar en actividades de educación médica. Así mismo, los participantes de este estudio manifestaron su deseo de contar con una capacitación continua que incluyera temas relacionados con los principales motivos de consulta. ⁸

Marco teórico

De acuerdo con el artículo 53 de la Ley Reglamentaria para el ejercicio de las profesiones,⁹ “el Servicio Social se define como el trabajo temporal y mediante retribución que ejecutan y prestan los profesionales y estudiantes en interés de la sociedad”, al respecto la Ley General de Educación¹⁰ establece la obligatoriedad a cargo de los beneficiados por la educación, como requisito previo para obtener el título o grado académico.

Al igual que en otros países, en México muchas de las deficiencias de recursos humanos en unidades médicas rurales son cubiertas por médicos pasantes de servicio social lo que genera barreras para el cumplimiento del carácter académico del servicio social convirtiéndose en un proceso asistencial puro. En este sentido, la brecha entre las necesidades de salud y la capacitación de los recursos humanos para la salud es mucho más evidente en las zonas rurales.¹¹

La Accreditation Council of Graduate Medical Education (ACGME) de Norteamérica ha identificado 6 competencias generales que el médico egresado de Medicina General debe poseer (8): Habilidades Clínicas, Conocimiento Médico, Habilidades de Comunicación, Actualización y Desarrollo Profesional y Personal, Aspectos Éticos y Legales de la Profesión y Sistema de Salud y, Contexto Social. Sin embargo, actualmente en nuestro país se considera exclusivamente al área de conocimiento médico y ocasionalmente la evaluación de habilidades clínicas como criterios de competencia médica y profesional. ¹²

Dentro de los esquemas tradicionales de fortalecimiento de competencias, la capacitación representa la herramienta más utilizada para afrontar el problema de deficiencias técnicas en el profesional sanitario, además representa un derecho constitucional establecido dentro del artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos¹³ y refrendada en la Ley Federal del Trabajo artículo 132, Fracción XV.¹⁴ La Capacitación en prácticas beneficiosas

aprovechando los avances tecnológicos y el uso de registros médicos de fácil acceso mejora la calidad de la atención materno fetal¹⁵. Otro estudio también reveló que el uso de herramientas tecnológicas, además de la articulación con la red de servicios y el acompañamiento tutorial, representa un potente recurso para el desarrollo de la educación permanente en servicio, en el cual, la tutoría fue un diferencial en la adhesión e interés de estos profesionales en el curso, de manera que permitió la adquisición de conceptos y estrategias de salud para mejorar la atención de las necesidades de los usuarios, según las prerrogativas del Sistema Único de Salud y del Modelo de Atención Psicosocial.¹⁶

En el terreno de la epidemiología y la salud pública, existe un claro consenso sobre la necesidad de promover la implementación de intervenciones basadas en sólida evidencia científica¹⁷ dentro del Servicio Social las actividades que se realizan corresponden al área de Salud Pública.

La OMS define la supervisión como la serie general de medidas para garantizar que el personal lleve a cabo sus actividades de manera eficaz y sea más competente en su trabajo. Diversos trabajos demuestran que la realización de supervisiones a unidades de primer nivel de atención mejora la calidad de los servicios de forma sustancial.^{17,18}

“En el 2016, la Organización Mundial de la Salud⁴ emitió una guía de recomendaciones para garantizar una atención de calidad de la mujer embarazada, estas recomendaciones se clasifican en: “intervenciones nutricionales, evaluación materna y fetal, medidas preventivas, intervenciones ante síntomas fisiológicos comunes, intervenciones organizacionales dentro los sistemas de salud para la utilización y calidad de la atención prenatal de calidad”. Por otro lado, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de México, en el 2017 difundió una serie de 11 algoritmos de atención clínica entre los que se incluyó el embarazo, cuyo objetivo es mejorar la atención de estos padecimientos mediante recomendaciones basadas en evidencias presentando la información de forma amigable con uso de imágenes y diagramas para consulta rápida.

En lo que respecta a la calidad de la atención, la efectividad representa una de sus dimensiones dentro de diversos esquemas internacionales incluido el de la IOM (2001) y el de la WHO (2006), y se define como la medida en que determinada práctica o atención sanitaria mejora el estado de salud de la población concreta que la recibe. De este modo, el objetivo del

proyecto de mejorar la atención de la mujer embarazada por médicos pasantes dentro del primer nivel de atención contempla la dimensión de efectividad, para lo cual se diseñaron estrategias que contemplan el cumplimiento de los criterios establecidos por el algoritmo de atención del embarazo emitido por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

Con la finalidad de fortalecer la atención primaria en salud, la Secretaría de Salud a nivel federal puso en marcha en el año 2017, la plataforma EDUCADS (educación, capacitación y actualización a distancia en salud), a través de la cual, cualquier personal sanitario, incluido recurso humano en formación, puede acceder y seleccionar los cursos que se ofertan con la ventaja de que los contenidos pueden cursarse de forma auto gestionada.

Descripción del problema

La OMS, en un informe realizado en el 2008 ¹⁹, planteó que la atención primaria requiere de personal de salud con capacidades técnicas y de manejo cultural comprobados, y que no es aceptable que en países de ingresos bajos y medios la atención primaria a la salud deba ser sinónimo de baja tecnología y de atención no profesionalizada para las poblaciones de zonas rurales que no pueden afrontar una atención de mejor calidad. No obstante, de acuerdo con un estudio el 20% de las unidades médicas administradas por los Servicios Estatales de Salud en México son atendidos de forma exclusiva por médicos pasantes de servicio social, de los cuales el 80.1% se encuentran en unidades rurales, y en 8 entidades del país el porcentaje alcanza el 25%.²⁰

En lo que respecta a las capacidades técnicas, el estudio del Dr. Francisco D. Vázquez realizado en el 2009 ⁵, demostró que, de acuerdo con los puntajes obtenidos dentro del Examen General de Egreso de la Licenciatura, el 50% de los egresados carecen de las competencias mínimas y se encuentran con desempeño no suficiente en temas de salud pública, y ginecología y obstetricia. Por su parte la Comisión Nacional de Derechos Humanos en su recomendación General 15 emitida en el año 2018, sobre el derecho a la protección de la salud, define que entre 2008 y 2009 las principales quejas recibidas se relacionaban a la falta de supervisión del personal en formación.

De acuerdo a los resultados manifestados por la Coordinación de Enseñanza del Instituto Mexicano de Seguro Social en una reunión de trabajo realizada en el mes de Junio del 2019, en el estado de Campeche puntualizó que en los exámenes de conocimiento aplicados a los

médicos pasantes de servicio social que ingresan a sus campos clínicos, en el año 2018, estos alumnos obtuvieron en promedio un 40% de aprobación de los conceptos evaluados, lo cual impacta de forma negativa en la atención brindada. En el caso de la Secretaría de Salud no se cuenta con un instrumento que evalúe estas competencias.

La Supervisión de este personal representa un pilar importante en su formación profesional, sin embargo, a nivel Estatal, dentro de los campos clínicos de la Secretaría de Salud, sólo se efectúa una supervisión de carácter anual, y se incide básicamente en infraestructura del campo clínico, no en competencias académicas.

Por otro lado, en lo que respecta a las capacitaciones recibidas, son de tipo administrativo como llenado de formatos, elaboración de documentos administrativos y rendición de informes y, en el caso del contenido académico éste se basa en los lineamientos operativos de programas de salud pública y normas oficiales mexicanas, que muchas veces no cuentan con la actualización requerida.

A partir de la información previa, la pregunta de investigación se plantea de la siguiente forma:

¿Es posible mejorar la efectividad de la atención a mujeres embarazadas de los médicos pasantes a través de acciones de capacitación en algoritmos de atención clínica, asesoría, actualización a distancia y supervisión en campo?

Justificación

De acuerdo con lo establecido dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible emitidos por la Organización de las Naciones Unidas ²¹ “todas las personas, no solo las de mayor nivel adquisitivo, deben poder acceder a los más altos niveles de salud y atención sanitaria”, lo cual se refrenda en el Plan Nacional de Desarrollo en México 2019-2024, dentro del componente de Salud²². Para toda la población se establece que la atención en salud se brindará bajo los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural, trato no discriminatorio digno y humano. Finalmente, dentro del Plan Estatal de Desarrollo²³ de Campeche en el componente de Igualdad de Oportunidades, el objetivo 6.1.7.1 compromete al sector gubernamental a la mejora de los servicios de salud priorizando la cobertura de comunidades rurales mediante acciones de atención primaria, sector en donde inciden los médicos pasantes de servicio social.

La mejora de la atención sanitaria es un tema relevante a nivel mundial por la importancia y el impacto dentro de la población. En el Estado de Campeche los 48 médicos pasantes de servicio social que se reciben dentro de la Secretaría de Salud otorgan un total de 17,280 consultas en los 6 meses que rotan dentro de un primer nivel de atención. En muchos casos se encuentran sin un médico responsable de la unidad, por lo que, muchas veces abordan de forma empírica a los pacientes y representan el único contacto de la población con los servicios de salud. De las atenciones que otorgan, el embarazo es el quinto motivo más frecuente de atención. Ante esta situación se requiere que el personal becario cuente con la preparación académica adecuada y las habilidades clínicas que le permitan brindar una atención de calidad para los pacientes.

Hasta el momento de realización del presente estudio no se cuenta con datos estadísticos de cuantificación del problema, tampoco existen a nivel del Estado de Campeche estrategias similares, por lo que la información y los resultados que se obtengan representarán el sustrato para futuras intervenciones enfocadas a fortalecer el componente de Servicio Social; y de este modo trabajar en forma continua por la mejora de la atención sanitaria.

El proyecto es factible de realizar ya que aprovecha los recursos existentes dentro de la organización, y hace uso de herramientas de capacitación continua en línea gratuitas como es el caso de la Plataforma EDUCADS, de igual modo existe coordinación estrecha con las Jurisdicciones Sanitarias donde se encuentran los campos clínicos de los pasantes de Servicio Social con lo que los gastos derivados de las salidas de supervisión se comparten entre en nivel estatal y el jurisdiccional.

Objetivos

Objetivo general

Mejorar la efectividad de la atención de embarazadas otorgada por médicos pasantes de servicio social en unidades médicas de primer nivel de atención.

Objetivo específico

1. Capacitar en algoritmos de atención clínica de embarazadas a los Médicos Pasantes de Servicio Social.
2. Supervisar el uso de algoritmos de atención clínica de embarazadas en las unidades médicas con pasantes seleccionados para el proyecto.

3. Incrementar la auto capacitación del Médico Pasante de Servicio Social a través de la plataforma EDUCADS, en todos los cursos que oferta esta plataforma.

Material y métodos

En el Estado de Campeche, cada año el Departamento de Formación de Recursos Humanos en Salud recibe un promedio de 48 médicos pasantes de servicio social, los cuales se envían a unidades de primer nivel de atención para la realización de actividades de prevención, promoción y atención del estado de salud de la población bajo un enfoque de servicio social rotatorio. Cada médico pasante de servicio social otorga un promedio de 17,280 consultas en un período de 6 meses que permanece en unidades de primer nivel de atención, de estas consultas el 90% corresponden a mujeres y de acuerdo con reportes jurisdiccionales al corte del 2018 el embarazo ocupó el 5to lugar en motivo de consulta. Es importante señalar que en muchos casos estos médicos por diversos motivos cursan esta etapa de formación sin médico adscrito, por lo que representan la única opción de atención en salud para las comunidades donde se encuentran.

El presente proyecto tuvo una duración de 16 meses que contemplaron 12 meses de intervención de los cuales un mes de capacitación en aula, seis meses de supervisión y asesoría en servicio y 12 meses de capacitación continua mediante la plataforma EDUCADS, además, se requirieron 4 meses para procesamiento de la información y redacción del documento terminal. Para el caso de la capacitación continua mediante la plataforma EDUCADS se contemplaron doce meses de ventana para que el personal en formación completara los cursos correspondientes, la capacitación a distancia del algoritmo de embarazo involucró un mes. Se trabajó aplicando la metodología de Ciclo de Mejora de la Calidad de los Servicios de Salud del Dr. Pedro Saturno¹, que contempla las siguientes fases: Identificación del Problema, Priorización del Problema, Análisis del Problema, Establecimiento de Criterios de Calidad, Diseño de Estudio del Nivel de Calidad, Recogida, Análisis y Discusión de Datos, Diseño de Intervención, Implantación de la Intervención, Reevaluación del Nivel de Calidad y Monitorización.

El proyecto se desarrolló en las tres Jurisdicciones Sanitarias del Estado de Campeche, se trabajó con un universo de 10 médicos pasantes de servicio social de la promoción de Febrero que representaron la totalidad para esa promoción, las unidades médicas contempladas fueron: Nunkiní, Sihochac, Ulumal, Hospital de Calkiní, Adolfo López Mateos, El Naranja,

Candelaria, Chicbul, Ojo de Agua, Atasta, Carmen, el proceso de supervisión se realizó durante 6 meses, la capacitación continua mediante acceso de los pasantes a la plataforma EDUCADS abarcó el año completo de servicio social y las capacitaciones presenciales se realizaron en su totalidad en un solo mes, en el mes de febrero.

Identificación y Priorización del Problema.

A lo largo de la sesión realizada por el equipo de trabajo, para la identificación y priorización del problema, se efectuó el siguiente procedimiento:

- a) Generación de ideas individuales.
- b) Elaboración de lista de áreas de oportunidad.
- c) Clarificación de ideas.
- d) Votación preliminar.
- e) Voto final.

Para la realización de la identificación del problema se llevó a cabo la técnica de lluvia de ideas. Para su realización se contó con la participación de las coordinadoras del Departamento de Formación de Recursos Humanos en Salud (enfermería, medicina y carreras afines), para llevar a cabo esta actividad se siguió la metodología correspondiente.¹

1. Exposición del objetivo de la reunión por parte del moderador.
2. Repaso de las reglas del método: no criticar las ideas propuestas.
3. Planteamiento, por parte del animador, de un ejemplo que puede parecer banal, pero que favorece un ambiente distendido y la generación de ideas.
4. Exposición, por cada participante, de una sola idea a la vez cuando considere oportuno y sin limitación en su número.

De un total de 8 problemas derivados de la lluvia de ideas, se encontró que 3 no eran responsabilidad del área (se referían a aspectos administrativos pertenecientes a otras Direcciones dentro de la Institución y cuya solución no formaba parte del campo de acción del equipo de trabajo) por lo que quedaron excluidos del listado final, quedando 5 problemáticas que obtuvieron la misma puntuación.

A partir de las 5 problemáticas encontradas se procedió a realizar la priorización mediante una matriz de priorización¹. Para esta actividad se elaboró una matriz en la cual se colocó en la primera columna los problemas identificados durante la lluvia de ideas y en la primera fila los criterios de valoración.

Tabla 1.- Matriz de Priorización de Problemas de Calidad

CRITERIOS DE DECISIÓN (máximo=5; mínimo=1)					
Problema	¿Afecta a muchos usuarios?	¿Supone un riesgo grave para la organización?	¿Dependencia interna de la posible solución?	¿Es una solución barata?	Total
Atención inadecuada por parte de médicos pasantes de servicio social.	5	5	5	5	20
Falta de realización de Historias Clínicas	5	3	5	5	18
Notas Médicas con incongruencia clínico-diagnóstica y diagnóstica terapéutica.	5	3	5	5	18
Manejo inadecuado de IRAS y EDAS.	3	3	5	5	16
Registros inconsistentes en hojas diarias.	5	1	5	5	16

Los problemas de calidad fueron valorados de forma separada concediéndoles una puntuación en cada uno de los criterios para contabilizar posteriormente el total de puntos obtenidos. El nivel de priorización se estableció posteriormente ordenando los problemas de calidad según la puntuación obtenida. La atención inadecuada por parte de médicos pasantes de Servicio Social resultó la problemática mayor puntuada, obteniendo un total de 20 puntos. Posteriormente, con la finalidad de priorizar los esfuerzo y recursos se sometió a consenso del equipo el seleccionar a un grupo blanco en específico para iniciar con la mejora de la atención resultando el grupo de las mujeres embarazadas quedando como sigue: “Atención no adecuada que otorgan los médicos pasantes de servicio social a las mujeres embarazadas”.

Análisis del Problema.

Utilizando el Diagrama de Ishikawa¹ se procedió a realizar el análisis de las causas del problema, con la finalidad de identificar las causas sobre las cuales se debería incidir con el proyecto. Se siguieron los siguientes pasos para su realización:

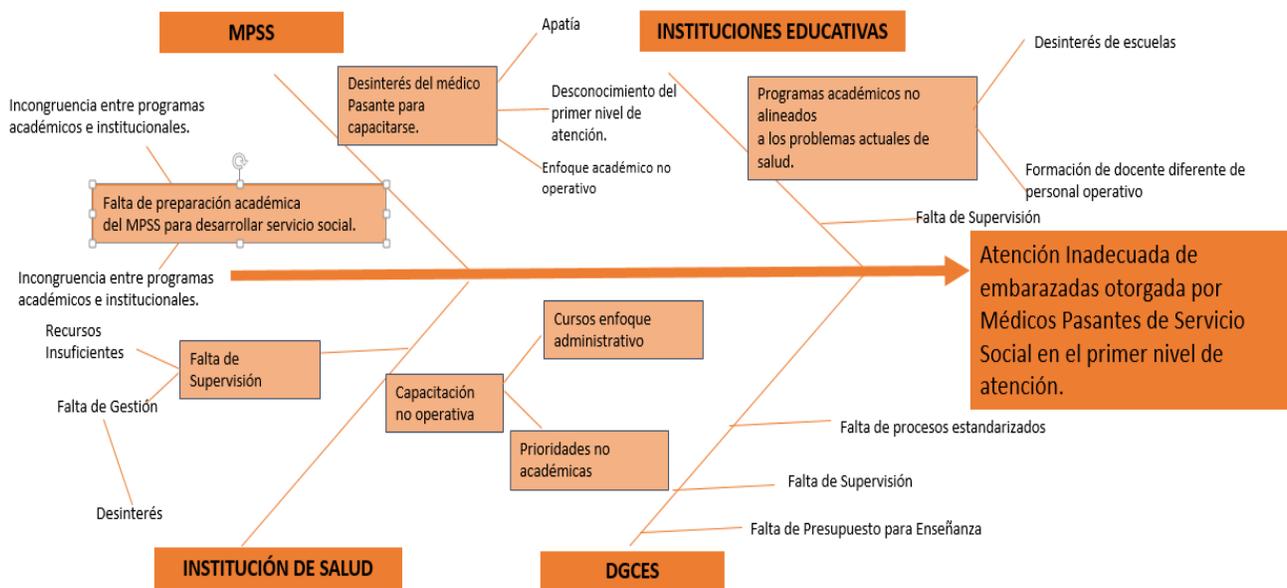
Anotación de problema

Análisis de grupos de causas

Análisis de causas de primer orden

Análisis de causas de segundo orden.

Figura 1: Análisis Causa Raíz de Problema de Calidad



- MPSS: Médico Pasante de Servicio Social
- DGCES: Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

Para determinar las causas raíz se utilizó la “técnica de los 5 porqué”²⁴ resultando las siguientes causas raíz, de las cuáles para el presente proyecto se determinó abordar las causas raíz modificables.

Tabla 2: Clasificación de Causas Raíz

Causas Raíz Modificables	Causas Raíz No Modificables
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de Capacitación • Falta de Supervisión. • Falta de Preparación académica del Médico Pasante para desarrollar Servicio Social • Capacitación no operativa. • Cursos de Enfoque Administrativo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desinterés del Médico Pasante para capacitarse. • Programas Académicas no alineados a los problemas de salud actual. • Prioridades Institucionales no Académicas.

Establecimiento de Criterios de Calidad.

Para la construcción de los criterios de calidad participó todo el Departamento de Formación de Recursos Humanos para la Salud, que incluye tres coordinadoras de Servicio Social. Mediante la técnica de lluvia de ideas se elaboró un listado de las características de una “atención adecuada a la mujer embarazada”, con la finalidad de poder construir criterios mediante los cuales se podría garantizar esta atención. Una vez establecidas y seleccionadas las características, se definieron los criterios y se describieron, para la descripción también se tomó en cuenta la variabilidad en la subjetividad de cada integrante del equipo de trabajo, para ello se elaboraron varias descripciones hasta llegar a aquellas que establecieran uniformidad entre las tres integrantes.

De este modo los criterios seleccionados desglosados en la tabla dos fueron:

Adhesión a algoritmos de atención clínica

Congruencia clínico-diagnóstica terapéutica

Prescripción adecuada de medicamentos

Tabla 3. Descripción de Criterios de Calidad e Indicadores de Medición.

Criterio	Descripción	Indicador de Medición
1. Adhesión a algoritmo de atención clínica en embarazada:	Evidencia documental en notas médicas realizadas por el médico pasante de servicio social, de la aplicación de algoritmos de atención clínica.	Porcentaje de adhesión a algoritmos de atención clínica. Indicador de Proceso
2. Congruencia clínico-diagnóstica terapéutica:	Congruencia evidenciada en la nota médica de los hallazgos de la exploración física y síntomas del paciente, con el diagnóstico establecido y con la terapéutica instaurada.	Porcentaje de congruencia clínico-diagnóstica terapéutica: Indicador de Proceso
3. Prescripción adecuada de medicamentos:	Evidencia documental en nota médica de medicamento correcto, dosis correcta, vía de administración correcta, paciente correcto, periodicidad de administración correcta, registro y seguimiento correctos.	Porcentaje de prescripción adecuada de medicamentos: Indicador de Proceso

En la Tabla 3 se describe el cumplimiento de la validez facial y de contenido, así como la evidencia científica que respalda la validez de criterios seleccionados, como se observa en esta tabla se cumple con los requisitos solicitados.

Tabla 4. Cumplimiento de Validez Facial, Validez de Contenido y Validez de Criterio.

CRITERIO	VALIDEZ FACIAL	VALIDEZ DE CONTENIDO	VALIDEZ DE CRITERIO
Adhesión a Algoritmo de Embarazo.	CUMPLE	CUMPLE Dimensión: Calidad Científico-Técnica	Ocho estudios nivel de evidencia III en la clasificación de la AHRQ encontrados mediante las plataformas BVS, Scielo, Medigraphic y artículos en la revista Science direct.
Congruencia Clínico-Diagnóstica Terapéutica.	CUMPLE	CUMPLE Dimensión: Efectividad	Saldaña Cedillo MM, Bautista Samperio L, Congruencia clínica, diagnóstica y terapéutica en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 con y sin Síndrome de Resistencia a la Insulina. Estudio Nivel de evidencia III en la clasificación de la AHRQ.
Prescripción Correcta de Medicamentos	CUMPLE	CUMPLE Dimensión Seguridad	CUMPLE 19 estudios sobre la prescripción adecuada de medicamentos revisados dentro de la Plataforma BVS con nivel de evidencia III en la clasificación de la AHRQ, de los cuales 2 están ligados de forma directa con la prescripción adecuada en primer nivel de atención para manejo de medicamentos de Hipertensión

Para evaluar la fiabilidad se utilizó el Índice Kappa¹, para ello dos evaluadores ajenos al equipo, revisaron un total de 10 expedientes clínicos de forma independiente, en los cuales se encontraron niveles de concordancia general aceptable e índices Kappa por arriba del 6.

Tabla 5. Concordancia Índices Kappa de Criterios de Calidad

Adhesión a Algoritmo de Embarazo.	Congruencia Clínico-Diagnóstica Terapéutica	Prescripción Correcta de Medicamentos.
Po: Concordancia Observada 8/10= 0.80 Índice kappa: 0.79	Po: Concordancia Observada 9/10= 0.90 Índice Kappa: 0.8	Po: Concordancia Observada 9/10= 0.90 Índice Kappa: 0.61

Diseño del Estudio de Nivel de Calidad:

Se contempló como universo a 10 pasantes de servicio social que ingresan en el mes de febrero a los campos clínicos de la Secretaría de Salud del Estado, que se encuentran dentro de las siguientes localidades: Centros de Salud Nunkini, Ulumal, Sihochac, Candelaria, Adolfo López Mateos, Chic bul, Ojo de Agua y Carmen, así como Hospital de Calkiní.

Es importante señalar que los tres médicos pasantes adscritos a las Unidades Médicas de El Naranjo y Atasta fueron excluidos del proyecto debido a recortes presupuestales que impidieron la visita de estas unidades, las cuales por las características de distancia y acceso requerían de gastos mayores.

Las unidades de estudio estuvieron representadas por las notas médicas de control prenatal que éstos pasantes elaboraron, se revisaron todas las notas médicas de control prenatal elaboradas por este personal. Para ubicar las notas médicas de embarazo se utilizaron las hojas diarias del médico pasante. En las notas se evaluaron los tres criterios seleccionados a través de una cédula que elaboró el equipo de trabajo (anexo 1), tomando como base la

elaborada por el Instituto Nacional de Salud Pública, para el proyecto de Evaluación de Guías de Práctica Clínica. ²⁵

La Cédula aplicada evalúa los tres criterios de calidad:

Tabla 6. Estructura de la Cédula para Evaluar los Criterios de Calidad

Criterios Para Evaluar	Atención Primera Vez Embarazo	Atención Subsecuente Embarazo
Adhesión a Algoritmo de Atención Clínica	11 ítems	7 ítems
Congruencia Clínico-Diagnóstica Terapéutica	1 ítem	1 ítem
Prescripción Adecuada de Medicamentos	1 ítem	1 ítem

Para todos los criterios se contemplan las siguientes excepciones:

- 1) Notas médicas que no correspondan a atención prenatal
- 2) Notas médicas inexistentes
- 3) Notas médicas de médico adscrito o pasante de servicio social de promoción diferente a la seleccionada para el proyecto.

La cédula de evaluación se aplicó en dos ocasiones que se supervisó la unidad médica, por lo que se cuenta con una evaluación basal previa a la capacitación presencial, y una final posterior a la capacitación presencial y a las asesorías en servicio, para evaluar el resultado de las estrategias implementadas.

Para la revisión de las notas médicas en la hoja diaria buscaron todas las consultas de primera vez y subsecuentes de atención prenatal que brindaron los médicos que participaron en el estudio y se registraron los datos mediante el uso del programa Excel, con la información obtenida se obtuvieron porcentajes de cumplimiento y se elaborarán histogramas que permitan la comparación de resultados. Es importante señalar que durante la primera visita de aplicación de la cédula se realizará una asesoría al personal supervisado con la finalidad de sensibilizarlos en la importancia de otorgar una adecuada atención.

Diseño de la Intervención

Para el diseño de la intervención se utilizó la información recabada del análisis causa raíz del problema, posteriormente se aplicó la herramienta de campo de fuerzas ¹ (anexo 2) para permitir detectar con qué fortalezas contábamos para poder implementar las estrategias de mejora, de este modo quedaron tres estrategias:

- Capacitación en Algoritmos de Atención Clínica incluido Embarazo: Se realizó una capacitación presencial en la cual se abordaron los 11 algoritmos de atención clínica, aunque para el proyecto sólo se evaluaría embarazo.
- Supervisión con Asesoría en Servicio: Se realizaron un total de 2 supervisiones en las cuales se asesorará al Médico Supervisado en el uso correcto del algoritmo de embarazo. La primera y la última supervisión la realizará el coordinador del proyecto.
- Capacitación Continua mediante plataforma EDUCADS: Como requisito de liberación del Servicio Social, cada médico pasante deberá presentar las constancias de finalización de los cursos dentro de la Plataforma EDUCADS, incluido embarazo.

Para el control de las actividades se utilizó un diagrama de Gantt en el que se incluyó apartado de actividad, responsable y tiempos, de este modo se pudo organizar el tiempo establecido con el proyecto. (Anexo 4)

Posterior a la intervención que se llevó a cabo durante 12 meses, se procedió a elaborar formatos en Excel para concentración de resultados, el primer paso consistió en una revisión exhaustiva de la información, formatos, llenado de los mismos, respuestas obtenidas, en los casos de dudas se consultó con el equipo.

El siguiente paso consistió en vaciar la información en las tablas de Excel en las cuales se desglosaron cada pregunta de modo que se contemplaran como variables al momento de realizar gráficas de análisis de la información; se decidió utilizar histogramas para la presentación de los resultados, debido a la gran cantidad de variables y en otro tipo de gráfico no se apreciarían bien los datos.

Para la evaluación de las variables se decidió calificar con 1: Cumplimiento del Criterio, 0: Incumplimiento del Criterio; al final se contabilizaron los cumplimientos totales se representaron en forma de porcentajes.

Mediante el uso de una plantilla de Excel se concentrará la información de cada una de las cédulas aplicadas con la finalidad de poder realizar la estimación de mejora absoluta y relativa para cada criterio considerado, finalmente se obtuvo la significación estadística para corroborar o descartar mejora.

Análisis de factibilidad

El proyecto es factible toda vez que el área de la cual depende es quien realiza las actividades y, los resultados corresponden a los intereses de la unidad, ya que fortalece la formación de médicos pasantes de servicio social y mejora la atención de la población usuaria.

En términos económicos los recursos utilizados tales como vehículos, personal, equipos de cómputo para análisis de datos, e insumos son aquellos destinados para actividades propias del área responsable por lo que no se requirió una inversión adicional.

En términos políticos, la mejora de la calidad de la atención representa un compromiso internacional, nacional y estatal por lo que se facilita la realización de proyectos encaminados a cumplir con estos elementos.

Finalmente, el impacto en la población usuaria de los Servicios de Salud es un elemento tangible dentro del proyecto, ya que fortaleciendo la atención otorgada se incrementan aspectos como la satisfacción del usuario y se mejora la seguridad de la atención

Consideraciones éticas

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en el Título Segundo, capítulo I en su artículo 17, se considera la clasificación de las investigaciones de acuerdo con el riesgo para los sujetos que participan en los estudios de investigación, para este trabajo se considera el riesgo I: "Investigación sin riesgo: estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta"

Se consideró como no necesario someter este proyecto al comité de ética institucional, sin embargo, cuenta con el apoyo y autorización del director del área.

Intervención

La Intervención se basó en tres elementos fundamentales: capacitación presencial en algoritmos de atención clínica, supervisión del médico pasante de servicio social en su unidad de adscripción y capacitación continua a distancia mediante la plataforma oficial y gratuita denominada EDUCADS, ya descrita anteriormente dentro del documento.

La capacitación presencial se realizó a la totalidad de médicos pasantes que iniciaron servicio social en la Secretaría de Salud en la promoción de Febrero 2019, esta capacitación se efectuó en dos días de seis horas y media de actividades cada uno e incluyó 9 algoritmos de atención clínica emitidos por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud: Cáncer de Mama, Cáncer del Cuello del Útero, Embarazo, Depresión, Diabetes Mellitus Tipo 2, Hipertensión Arterial Sistémica, Infarto Agudo de Miocardio, Sobrepeso y Obesidad en Adultos, Sobrepeso y Obesidad en niños y Adolescentes. Para los temas se escogieron ponentes de la especialidad y que tuvieran funciones operativas, de modo que las sesiones fueran prácticas y útiles para los alumnos, de este modo contamos con internista, pediatra, ginecólogo, especialista en salud pública, y psiquiatra como ponentes. La elaboración de cartas descriptivas y logística del curso quedó a cargo de la responsable del proyecto (anexo 3).

Para el caso de la capacitación presencial de embarazo, se contó con la participación de un ginecobstetra en funciones operativas en un hospital comunitario, lo que permitió que pudiera transmitir su experiencia en el manejo de las embarazadas a los médicos en formación, para ello tomó como base el algoritmo de atención clínica emitido por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud²⁶. En el caso del reforzamiento a distancia se pidió a los alumnos el cumplimiento del curso en línea de Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio disponible en la plataforma EDUCADS. De igual modo las asesorías en servicios representaron una estrategia valiosa para fortalecer y evaluar el conocimiento obtenido en las capacitaciones.

Un elemento sobresaliente que se trabajó durante las capacitaciones fue el relacionado al Trato Digno, se tuvo siempre claro durante el diseño de la intervención que capacitar y sensibilizar en este tema era imprescindible para lograr los objetivos, por ello se incluyó como parte de la capacitación.

Para el caso de las Supervisiones se efectuaron un total de 20 supervisiones (10 supervisiones de evaluación basal y 10 de evaluación final), las de evaluación basal se realizaron en los meses de marzo abril y mayo y las de evaluación final en los meses de junio, julio y agosto. La evaluación basal fue diagnóstica y durante la misma se realizó asesoría al médico pasante de servicio social, respecto a los elementos evaluados. La evaluación se realizó mediante dos técnicas, primero una entrevista al personal evaluado para conocer el grado de conocimiento de atención prenatal con base en los criterios evaluados en la cédula, posteriormente se revisaron la totalidad de expedientes clínicos de atenciones prenatales otorgadas por el médico pasante tanto de primera vez como subsecuente. En el caso de la segunda supervisión se utilizaron las mismas técnicas y para la evaluación de expedientes se tomaron en cuenta todas las notas médicas de control prenatal posteriores a la primera supervisión

En el caso de la educación a distancia mediante la plataforma EDUCADS, se estableció como requisito para liberación del servicio social, el cumplimiento del total de los cursos dirigidos a médicos dentro de esta plataforma, para ello cada Jefe de Enseñanza Jurisdiccional contó con un cronograma de fechas propuestas y de este modo apoyaron en la vigilancia del cumplimiento de estas.

Resultados

Se revisaron un total 166 notas médicas: 63 notas medicas de primera atención de embarazo y un total de 103 notas medicas de atención subsecuente de embarazo.

De éstas 166 notas médicas, en la primera visita se revisaron 62 notas médicas y en la segunda visita 104 notas médicas.

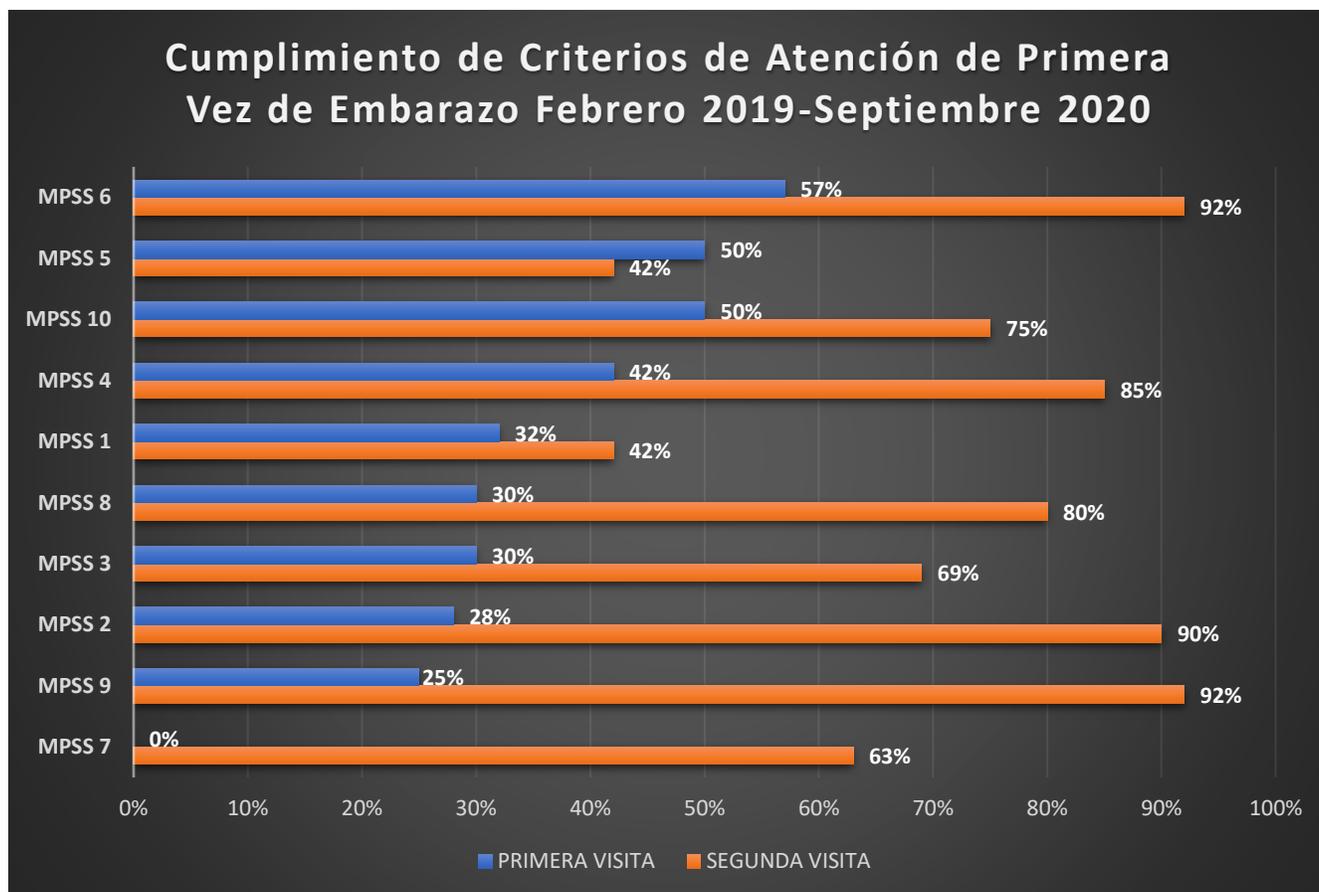
En la siguiente tabla se desglosan el número de notas médicas revisadas por médico pasante de servicio social, por visita.

Tabla 7. Desglose de Notas Médicas Revisadas por Médico Pasante de Servicio Social.

MPSS	Notas Médicas Revisadas	
	Primera Visita	Segunda Visita
1	5	15
2	4	15
3	6	8
4	2	10
5	2	10
6	5	9
7	8	9
8	5	10
9	5	4
10	20	14
	62	104

Con la información de las cédulas aplicadas se elaboraron histogramas que muestran la mejora absoluta obtenida posterior a la intervención efectuada, de igual modo se incluye una tabla que muestra la mejora relativa de las variables evaluadas y se describen los datos más relevantes en la parte inferior de cada gráfico.

Gráfico 1.



*MPSS: Médico Pasante de Servicio Social

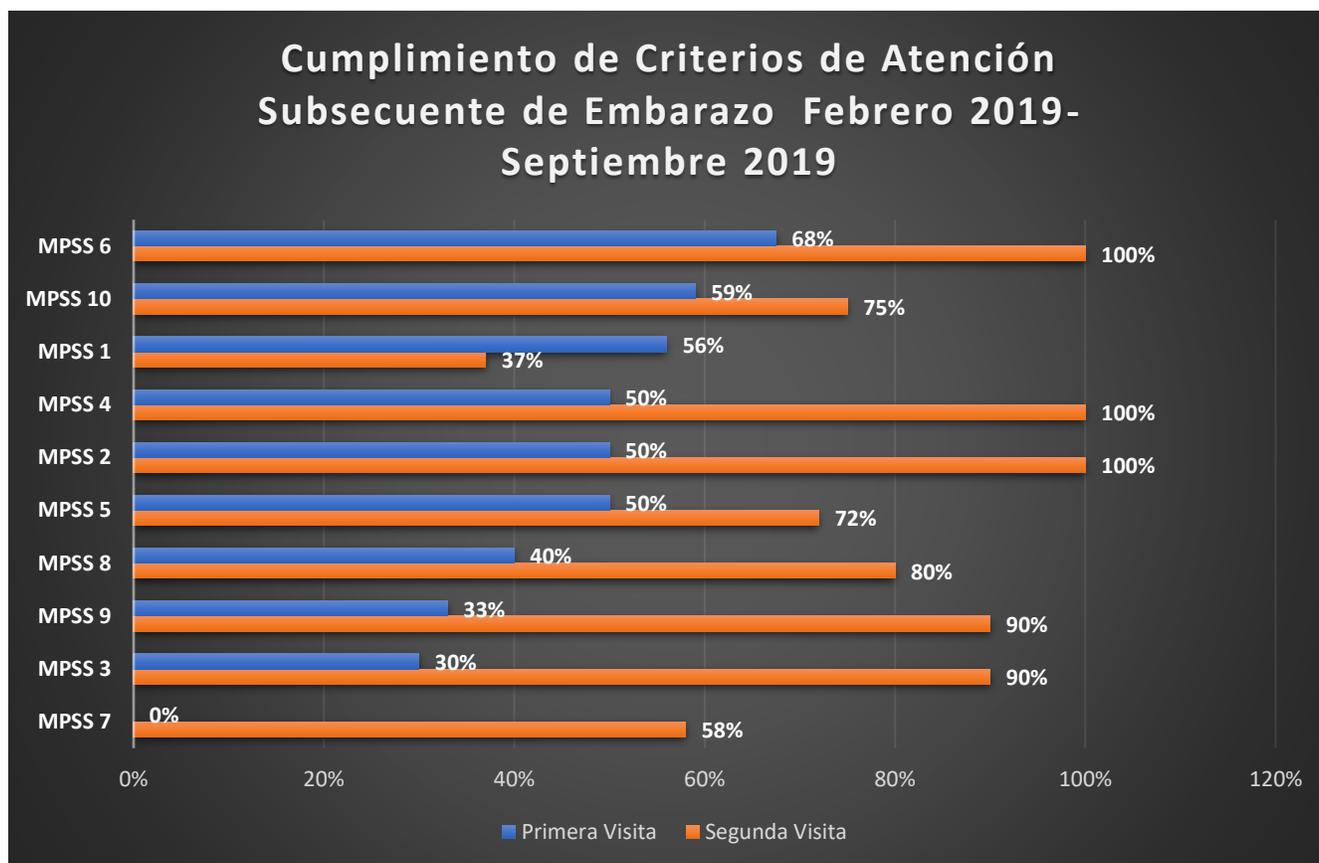
El Grado de cumplimiento se sacó mediante división del total de ítems cumplidos por nota médica revisada entre el total de notas médicas revisadas y se multiplicó por cien.

Los resultados obtenidos para el caso de las atenciones de primera vez de embarazo fueron los siguientes:

Como se puede observar en el gráfico 1 el MPSS 9 obtuvo el incremento mayor en relación con la evaluación basal (primera visita) con una diferencia de 67 puntos porcentuales de cumplimiento de los criterios evaluados, posteriormente le sigue el MPSS 7 con un incremento de 63 puntos porcentuales y en tercer lugar MPSS 2 con 62 puntos porcentuales. De igual modo podemos observar que el MPSS 5 presentó decremento del 50% al 42% entre la evaluación basal (primera visita) y la evaluación final (segunda visita).

En relación con el total de los médicos pasantes evaluados el promedio de cumplimiento de criterios evaluados fue de 73% en la evaluación final (segunda visita) en comparación con el 34.4% obtenido durante la evaluación basal (primera visita).

Gráfico 2.



*MPSS: Médico Pasante de Servicio Social

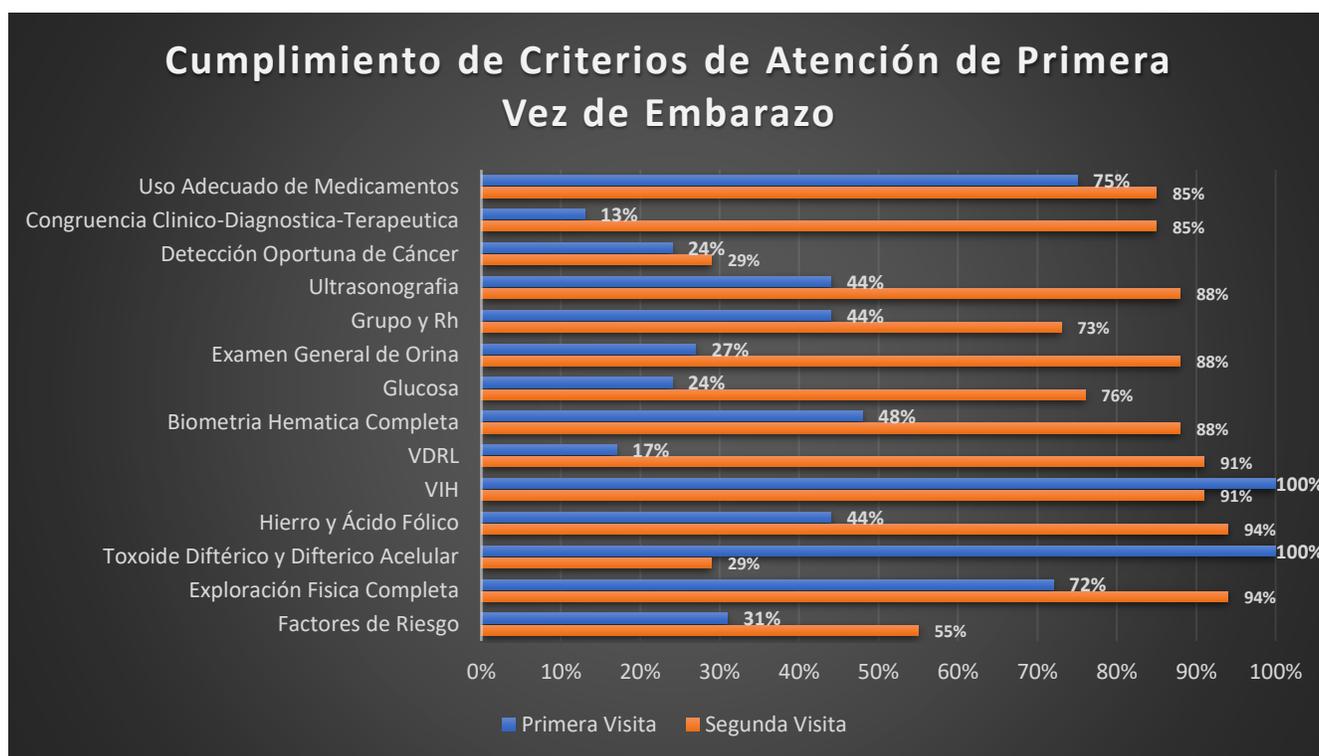
Los resultados obtenidos para el caso de las atenciones subsecuente de embarazo fueron los siguientes:

Como se observa en la gráfica 2 el MPSS 3 obtuvo el mayor incremento en relación con la evaluación basal (primera visita) con un incremento de 60 puntos porcentuales, en segundo lugar, el MPSS 7 con un incremento de 58 puntos porcentuales, el médico pasante 9 obtuvo un incremento de 57 puntos porcentuales y los médicos pasantes número 2 y 4 obtuvieron un incremento de 50 puntos porcentuales cada uno, siendo todos ellos los que mayor incremento del cumplimiento de criterios obtuvieron. El MPSS 1 fue el que menor incremento tuvo entre las dos evaluaciones 16 puntos porcentuales de incremento.

En relación con el total de médicos pasantes evaluados el promedio de cumplimiento de criterios evaluados fue del 80.2% en la segunda visita en comparación con el 48.6% obtenido durante la evaluación basal (primera visita).

Comparando ambas atenciones, el abordaje subsecuente de las pacientes es el que mejor cumplimiento obtuvo tanto en la evaluación basal (primera visita) como en la evaluación final (segunda visita) en relación con la atención de primera vez.

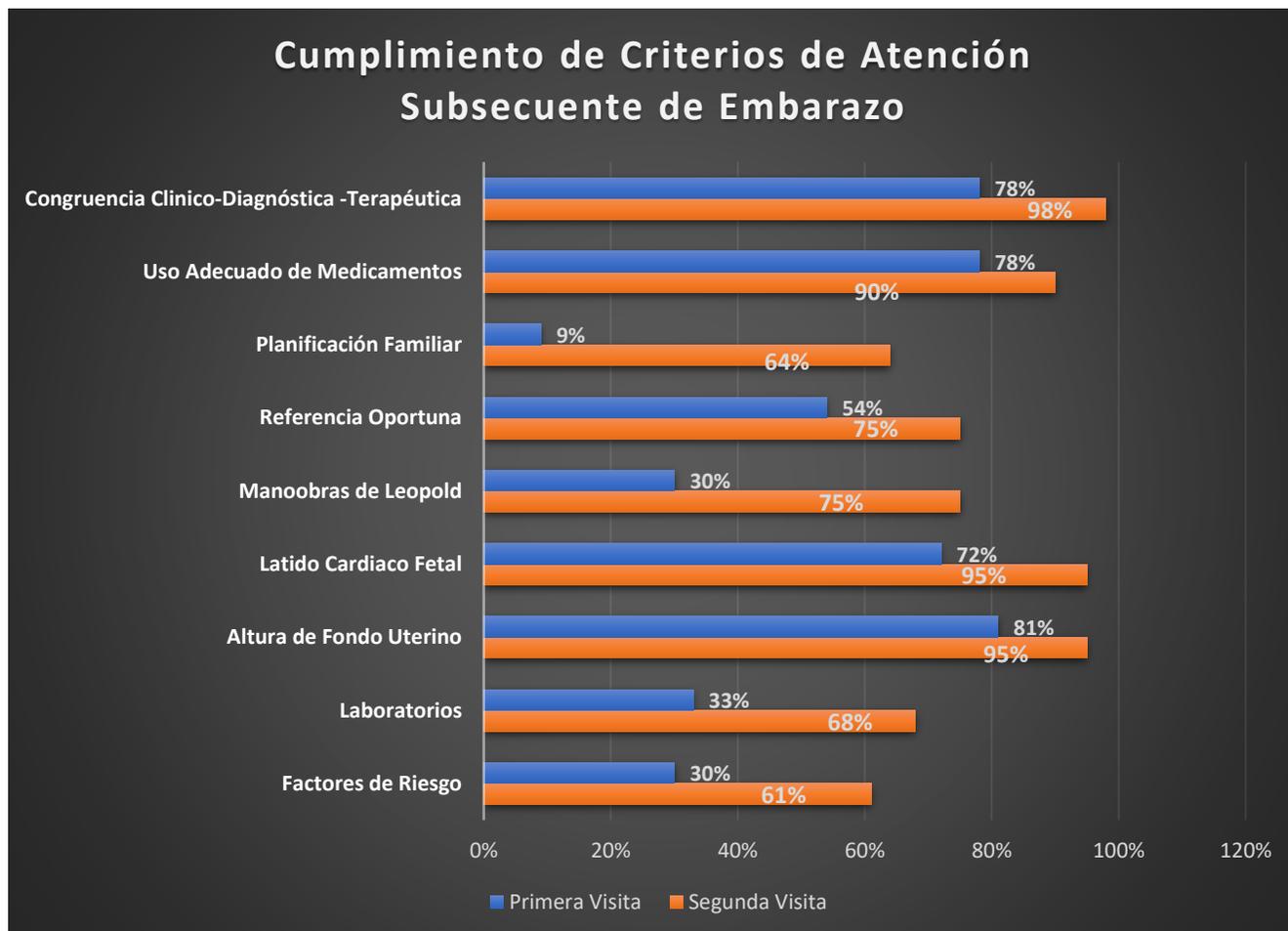
Gráfica 3.



De acuerdo a la gráfica previa, la solicitud de VDRL fue el criterio que mayor incremento obtuvo pasando de un 17% en la primera visita a un 91% en la segunda visita, en segundo lugar Congruencia Clínico Diagnóstica Terapéutica con 72 puntos porcentuales de diferencia, y en tercer lugar la prescripción de Toxoide Diftérico y Diftérico Acelular fue el criterio que mayor incremento obtuvo con 71 puntos porcentuales de diferencia entre evaluación basal (primera visita) y la evaluación final (segunda visita), en otro sentido el uso adecuado de medicamentos fue el criterio que menor incremento obtuvo con una diferencia de 10 puntos porcentuales entre la evaluación basal (primera visita) y la (evaluación final segunda visita.)

En relación con el total de los criterios evaluados el promedio de cumplimiento de criterios evaluados fue del 76.14% en la segunda visita en comparación con el 34.5% obtenidos durante la evaluación basal.

Gráfica 4



Para el caso de las variables de atenciones subsecuentes la Oferta de Métodos de Planificación Familiar fue el criterio que mayor incremento obtuvo con 55 puntos porcentuales de diferencia entre la evaluación basal (primera visita) y la evaluación final (segunda visita). En lo que respecta a Maniobras de Leopold la diferencia fue de 45 puntos porcentuales y la Solicitud de Laboratorios una diferencia de 33 puntos porcentuales siendo los criterios que mayores incrementos mostraron. Por su lado el Uso Adecuado de Medicamentos fue el que menor incremento obtuvo con 12 puntos porcentuales de diferencia entre la evaluación basal (primera visita) y la evaluación final (segunda visita).

En la evaluación basal (primera visita) se obtuvo un promedio de cumplimiento de todos los criterios del 51% y en la evaluación final (segunda visita) un promedio del 80%.

En lo que respecta a la realización de Maniobras de Leopold en la nota no se describe textualmente la acción, pero sí se establecen presentación, situación y posición, y al interrogar a los médicos pasantes ellos refieren el uso de estas maniobras para la determinación de estos elementos.

Los resultados de las Gráficas 1, 2, 3 y 4 nos establecen las mejoras absolutas, sin embargo, al calcular la mejora relativa notamos otro panorama:

Tabla 8: Cuadro Comparativo entre primera y segunda evaluación por médico pasante de servicio social en atención prenatal de primera vez.

Criterio Evaluado	Primera Evaluación	Segunda Evaluación	Mejora Absoluta	Mejora Relativa
Criterio Evaluado	p1	p2	p2-p1	p2-p1/1-p1
MPSS 7	0.00	0.63	0.63	0.63
MPSS 9	0.00	0.92	0.92	0.92
MPSS 2	0.28	0.90	0.62	0.86
MPSS 3	0.30	0.69	0.39	0.56
MPSS 8	0.30	0.80	0.5	0.71
MPSS 1	0.32	0.42	0.1	0.15
MPSS 4	0.42	0.85	0.43	0.74
MPSS 10	0.50	0.75	0.25	0.5
MPSS 5	0.50	0.42	-0.08	-0.16
MPSS 6	0.57	0.92	0.35	0.81

De acuerdo a la tabla número 1, los médicos pasantes de servicio social 2 y 6 muestran incrementos sobresalientes con 86% y 81% de mejora relativa respectivamente, para el caso del médico pasante de servicio social 9 se mantiene en 92%, pero es importante tomar en cuenta que inició de cero el margen de mejora era bastante alto, por otro lado el médico pasante de servicio social número 2 que contaba con un margen también amplio de mejora solo logró un 14% de mejora relativa en relación a la evaluación basal.

En el caso del Médico Pasante de Servicio Social número 5 hubo una disminución de .16 puntos porcentuales de mejora relativa.

Tabla 9: Cuadro Comparativo entre primera y segunda evaluación por médico pasante de servicio social en atención subsecuente.

Criterio Evaluado	Primera Evaluación	Segunda Evaluación	Mejora Absoluta	Mejora Relativa
Criterio Evaluado	p1	p2	p2-p1	p2-p1/1-p1
MPSS 7	0.00	0.58	0.58	0.58
MPSS 3	0.30	0.90	0.6	0.86
MPSS 9	0.33	0.90	0.57	0.85
MPSS 8	0.40	0.80	0.4	0.67
MPSS 5	0.50	0.72	0.22	0.44
MPSS 2	0.50	1.00	0.5	1
MPSS 4	0.50	1.00	0.5	1
MPSS 1	0.56	0.37	-0.19	-0.43
MPSS 10	0.59	0.75	0.16	0.39
MPSS 6	0.68	1.00	0.33	1

En la tabla 2 podemos observar que los médicos pasantes 2, 4 y 6 mostraron los niveles más altos de mejora relativa de acuerdo con la evaluación basal, siendo el médico pasante de servicio social número 10 el que menor incremento obtuvo con un 39%.

El médico pasante número 7 mantuvo el mismo porcentaje tanto en mejora absoluta como mejora relativa con un 58% para ambos casos.

El médico pasante numero 1 presentó un decremento de 16 puntos porcentuales entre la primera y segunda visita.

Tabla 10. Cuadro comparativo de mejora absoluta y relativa de cumplimiento de criterios de atención prenatal de primera vez.

CRITERIO	1 ^a	2 ^a	Mejora absoluta	Mejora relativa
	Evaluación	Evaluación		
	p1	p2	p2 - p1	$\frac{p2-p1}{1-p1}$
Factores de Riesgo	0.31	0.55	0.24	0.35
Exploración Física Completa	0.72	0.94	0.22	0.79
TD y TdPa	0.1	0.29	0.19	0.21
Hierro y Ácido Fólico	0.44	0.94	0.5	0.89
VIH	0.1	0.91	0.81	0.90
VDRL	0.17	0.91	0.74	0.89
BHC	0.48	0.88	0.4	0.77
Glucosa	0.24	0.76	0.52	0.68
EGO	0.27	0.88	0.61	0.84
Grupo y Rh	0.44	0.73	0.29	0.52
USG	0.44	0.88	0.44	0.79
DOC	0.24	0.29	0.05	0.07
Congruencia CI-Dx-Tx	0.13	0.85	0.72	0.83
Uso Adecuado de Medicamentos	0.75	0.85	0.1	0.4

En tabla 3 podemos observar que la Solicitud de VIH, la Prescripción de Hierro y Ácido Fólico, así como la solicitud de VDRL fueron los criterios que mayor mejora relativa obtuvieron de acuerdo con la evaluación basal con el 90%, 89% y 89% respectivamente, por otro lado, la toma de DOC y la aplicación de la Td y TdPa fueron los criterios que menor mejora relativa alcanzó de acuerdo con su evaluación basal.

Tabla 11. Cuadro comparativo de mejora absoluta y relativa de cumplimiento de criterios de atención prenatal subsecuente.

Criterio Evaluado	Primera Evaluación	Segunda Evaluación	Mejora Absoluta	Mejora Relativa
	p1	p2	p2-p1	$\frac{p2-p1}{1-p1}$
Factores de Riesgo	0.3	0.61	0.31	0.44
Laboratorios	0.33	0.68	0.35	0.52
Altura de Fondo Uterino	0.81	0.95	0.14	0.74
Latido Cardíaco Fetal	0.72	0.95	0.23	0.82
Manoobras de Leopold	0.3	0.75	0.45	0.64
Referencia Oportuna	0.54	0.75	0.21	0.46
Planificación Familiar	0.9	0.64	-0.26	-2.60
Uso Adecuado de Medicamentos	0.78	0.9	0.12	0.55
Congruencia CI-Dx-Tx	0.78	0.98	0.2	0.91

En tabla 4 observamos que la congruencia clínico-diagnóstica terapéutica y la auscultación del latido cardiaco fetal son los criterios que mayor mejora relativa obtuvieron de acuerdo con la evaluación basal con un 90% y 82% respectivamente; por otro lado, la anotación de planificación familiar tuvo un retroceso de 26 puntos porcentuales.

Para el caso del cumplimiento de las capacitaciones el 100% de los médicos asistieron a la capacitación presencial y concluyeron los cursos seleccionados de la Plataforma EDUCADS, ya que ambos elementos fueron considerados requisitos para liberación del Servicio Social.

Discusión

Estrategias como la capacitación representan elementos que pueden lograrse con cierta facilidad, al menos para este proyecto resultó la estrategia más factible; no obstante, hizo falta implementar alguna herramienta que pudiera medir el resultado obtenido, un antes y un después de la actividad para poder establecer puntos de mejora que garantizaran mejores resultados. En el caso del algoritmo de embarazo incluir a un médico obstetra y a una pediatra neonatóloga en las capacitaciones presenciales, representó una fortaleza para el proyecto, ya que permitió que los participantes ampliaran su visión respecto a los efectos que tanto para la madre como para el bebé puede traer consigo una atención inadecuada de la mujer embarazada.

Abordar la totalidad de los algoritmos de atención clínica en la capacitación presencial, incluyendo el tema de trato digno, permitió efficientar el recurso obtenido para este fin y beneficiar incluso a otros programas dentro de la misma dirección. De igual modo otorga una gama mayor de herramientas para el bordaje de pacientes a este personal en formación, en las patologías más frecuentes en su entorno de responsabilidad.

En el caso de las supervisiones, el no contar con un presupuesto establecido para el departamento generó que no se cumpliera con el 100% de las supervisiones programadas, se alcanzó solamente el 76% de las supervisiones, no obstante, los 10 médicos pasantes que sí se lograron supervisar contaron con la visita de evaluación basal y la visita de evaluación final. Por otro lado, el contar con un instrumento de evaluación válido y confiable, permite que estas deficiencias de recursos puedan afrontarse con estrategias como la capacitación de evaluadores jurisdiccionales que en sus salidas habituales de trabajo a las comunidades

puedan evaluar a los médicos en formación, tal como ocurrió en dos supervisiones dentro del Proyecto.

La supervisión de los médicos pasantes representó la estrategia que mejores resultados produjo dentro del proyecto, y coincidimos con otros estudios en que, en la mayoría de los programas de formación de enfermeras y médicos pasantes, éstos no están debidamente supervisados, lo que afecta, por una parte, la seguridad de los pacientes, y por otra, la evaluación y el aprovechamiento idóneos de las actividades de los pasantes tendientes a mejorar su aprendizaje y formación profesional.³

Un factor muy importante que influyó en la adecuada respuesta de los médicos pasantes supervisados fue la empatía con el personal supervisor, el poder abordarlos desde el conocimiento de las deficiencias estructurales, de equipamiento de insumos y hacerles ver que, aunque son limitantes para la atención, las competencias médicas siempre tendrán un peso sobresaliente dentro de la atención de los usuarios, generó un círculo de confianza que se vio reflejado en los resultados finales obtenidos. Al respecto coincidimos con otros estudios en que el grado de empatía que el personal médico tenga con el paciente influye positivamente en el control de los pacientes.²⁷

El carácter orientativo y de asesoría de las supervisiones fue bien aceptado por los médicos pasantes de servicio social, los cuales se mantuvieron siempre con la mejor disposición y deseos de aprender en cada visita. La implementación de encuestas de satisfacción para los médicos pasantes de servicio social, posteriores a una supervisión, representa una oportunidad de mejora en trabajos futuros.

Estudios demuestran que existen deficiencias en la formación de médicos pasantes de Servicio Social en patologías tan básicas como hipertensión arterial sistémica, tal como lo demuestran estudios¹⁶ y en nuestro caso aun cuando durante la revisión de expedientes clínicos se pueden apreciar deficiencias en el abordaje de varias patologías, y se hizo la observación técnica correspondiente, no se cuenta con elementos para poder establecer una relación con otros estudios, sin embargo sí coincidimos en que la deficiencia técnica existe y que ésta representa una ventana de oportunidad para trabajos posteriores.

En el caso de atención prenatal se puede observar también esta deficiencia, como se muestra en los resultados obtenidos con el proyecto, en particular en el caso de las atenciones de primera vez que más adelante se desglosan de forma más específica. En un estudio⁵ donde se comparó la atención otorgada por médicos pasantes de Servicio Social y médicos titulados responsables de unidades médicas se encontró que la realización de exámenes de laboratorio, ultrasonido, e incluso la detección de signos y síntomas de alarma del embarazo es menor en centros de salud atendidos exclusivamente por pasantes, en nuestro proyecto se obtuvieron resultados similares en cuanto a bajas proporciones de solicitud completa de laboratorios, no obstante la solicitud de Ultrasonido sí mostró porcentajes elevados de cumplimiento.

De igual modo en el documento denominado Calidad del Primer nivel de Atención de los Servicios Estatales de Salud,¹⁵ se reporta que de acuerdo a la Encuesta Externa del Programa PROSPERA del año 2013, la auscultación del foco fetal es un elemento de alto cumplimiento en la atención recibida por parte de los médicos en las unidades médicas, situación que también en nuestro estudio se corrobora para el caso de los Médicos Pasantes de Servicio Social. En lo que respecta a la solicitud del examen general de orina también coincidimos con el trabajo anteriormente citado ya que, en la primera visita realizada en el proyecto, se encontró un cumplimiento de tan solo el 25%.

El caso de la aplicación de la Td y TdPa, los resultados encontrados reportan la falta de anotación en la nota médica, esto podría obedecer al hecho consistente en la formación profesional de dejar la función del programa de vacunación a cargo exclusivo del personal de enfermería.

Por otro lado, al inicio del proyecto el equipo de trabajo consideraba que existía una deficiencia importante en la totalidad de las variables evaluadas, sin embargo, durante la medición basal elementos tales como la valoración de la altura de fondo uterino, el latido cardiaco fetal, y la solicitud de Ultrasonido Obstétrico mostraron porcentajes altos de cumplimiento.

El objetivo de incrementar la auto capacitación mediante el uso de la plataforma EDUCADS, pudo lograrse mediante la coordinación estrecha con las facultades de medicina quienes respaldaron la estrategia de considerarlo un requisito obligado de liberación del Servicio Social.

De igual modo, el apoyo jurisdiccional dio vigilancia del cumplimiento de la toma de cursos por los médicos pasantes de servicio social, lo cual favoreció que se cumpliera con esta estrategia.

En los resultados obtenidos se puede observar que, si solo tomamos en cuenta la mejora absoluta no identificamos áreas que mejoran de acuerdo con la evaluación basal, por eso calcular la mejora relativa de los resultados es indispensable para tener una perspectiva mejor de los logros.

En relación con los resultados obtenidos para el caso de las atenciones de primera vez de embarazo se encontraron porcentajes de mejora relativa en el orden del 80% al 90% respecto a la evaluación basal, lo cual podría obedecer al conocimiento de estos médicos respecto a que se iba a evaluar en la visita final lo que podría predisponerlos a mejorar las anotaciones médicas, lo cual desde una perspectiva proactiva sirve para el afianzamiento de conocimientos en el personal en formación.

Para el caso de las atenciones subsecuentes de embarazo también se obtuvieron incrementos sobresalientes, sin embargo, uno de los médicos pasantes mostró un decremento relativo del 43% que valdría la pena investigar.

En el caso del Médico Pasante de Servicio Social del Centro de Salud de Candelaria, la indicación expresa del director de la unidad médica, de no realizar notas médicas, no permitió la revisión de estas, sin embargo, representó un área de oportunidad para la Coordinación para evitar que ocurra esta omisión en esta u otras unidades.

En el caso de la evaluación por criterios, la Detección Oportuna de Cáncer y la anotación de la aplicación del esquema de TD y TdPa continuaron siendo elementos de poco cumplimiento, y se realizó la observación correspondiente al personal en formación evaluado, dejando en claro que la atención integral de la embarazada debe representar un trabajo en equipo entre el binomio médico y enfermería. Para el caso de la prescripción de suplementos vitamínicos, si bien es cierto que existió una mejora relativa importante del 90% y 89% respectivamente, se encontró que en tres unidades no se contaba con el insumo, lo que al final afecta la calidad de la atención de estas pacientes. Por otro lado, también se encontró falta de pruebas rápidas de VIH en dos unidades de Jurisdicciones Sanitarias diferentes lo que reduce la oportunidad de la detección y abordaje de casos cuando resultan positivos.

Para el caso de las atenciones subsecuentes la congruencia clínico diagnóstica terapéutica y la auscultación del latido cardiaco fetal son los criterios que mayor mejora relativa obtuvieron de acuerdo a la evaluación basal con un 90% y 82% respectivamente; aunque no formó parte

del diseño de la intervención, a través de la observación los resultados se pudieron corroborar en 4 de los médicos pasantes durante la exploración física de atención prenatal en la cual se constató el uso de maniobras de Leopold, para ubicar el foco auscultatorio y la auscultación efectiva del mismo.

Sin embargo, la anotación de planificación familiar tuvo un retroceso del 26% que coincidió con el desabasto de métodos de planificación familiar en las unidades médicas y aunque pudo haber estado relacionado, no se documentó lo suficiente para realizar una aseveración de ese tipo, no obstante, se asesoró al personal que lo importante es la sensibilización de la población, y la prescripción de estos.

En lo que respecta a la congruencia clínico-diagnóstica terapéutica, en el 100% de los médicos evaluados existió desconocimiento de las cifras de glucosa en sangre para diagnóstico de Diabetes Gestacional, los dos casos detectados se diagnosticaron con cifras mayores de 126 mg/dl y se refirieron desde la primera visita al área de ginecobstetricia. Derivado de esta situación se realizó reforzamiento en campo al personal evaluado.

Conclusiones

La capacitación presencial con la participación de médicos operativos especialistas en los temas permite la transmisión de conocimiento actualizado, especializado y práctico para el personal en formación, y de igual modo permite que esta capacitación se dé en términos de las necesidades y limitantes que la mayor parte de las áreas de salud en el estado presentan.

Evaluar el conocimiento adquirido posterior a una capacitación presencial es indispensable para poder detectar áreas de oportunidad tanto en el personal evaluado como el personal que capacita.

La capacitación presencial se puede mejorar evitando saturación de contenidos por día y hora capacitación, de este modo resulta de mayor aprovechamiento para los capacitados.

La capacitación presencial por si sola como estrategia de mejora de la atención de las mujeres embarazadas, contribuyó al conocimiento de los médicos pasantes de servicio social en relación con el manejo de este grupo blanco.

Las supervisiones permiten detectar oportunidades de mejora y al mismo tiempo sirven como una estrategia de capacitación para el personal en formación, para nuestro proyecto la

supervisión evidenció que aun después de haber asistido a capacitación presencial y estar en actualización continua con la plataforma EDUCADS, los médicos pasantes de servicio social evaluados continuaban con deficiencias académicas que repercutían en su desempeño profesional.

En lo relativo a las visitas de supervisión los médicos pasantes expresaron su agrado de ser supervisados ya que les permite detectar áreas de oportunidad que, de otro modo pasarían desapercibidas. Estas aseveraciones darían pie a la realización de encuestas de satisfacción que pudieron haberse aplicado durante el proyecto.

Para que las supervisiones logren el objetivo, deben realizarse en la unidad de adscripción, realizarse con herramientas que reduzcan al mínimo el sesgo de la subjetividad del evaluador y requiere de un piloto previo para detectar probables fallas o áreas de oportunidad en los instrumentos de evaluación, que pudieran influir en los resultados.

Para trabajar en la mejora de la atención otorgada por este personal en formación, es muy importante contar con recursos propios en las áreas de enseñanza para acciones de supervisión y capacitación, sin estos recursos este personal se deja a la deriva de las muchas o pocas competencias adquiridas durante las diferentes fases de su preparación y a expensas de las limitantes de su entorno comunitario durante el servicio social.

Las supervisiones requieren de una formación profesional que permita evaluar con objetividad cada variable, este riesgo se minimiza con la definición de criterios válidos y fiables.

Las asesorías realizadas durante las supervisiones permitieron abordar situaciones que no habían sido consideradas, tales como la importancia de la observación de la realización de procedimientos, generando una ventana de oportunidades para trabajos posteriores.

Las capacitaciones presenciales en algoritmos de atención clínica y a distancia mediante la plataforma EDUCADS fueron bien aceptadas por el personal en formación, de acuerdo a sus comentarios emitidos al personal supervisor durante las visitas.

La capacitación continua mediante la plataforma EDUCADS, dotó al médico pasante de Servicio Social de herramientas continuas de consulta (algoritmos, guías rápidas de atención clínica, tablas de consulta).

La capacitación mediante plataformas virtuales elimina la barrera de la distancia, tiempo y recursos en la formación de este personal que se encuentra disperso en municipios diversos de la Entidad.

El acceso sencillo a algoritmos de atención clínica a través de la aplicación móvil para celular fue una herramienta usada por el 100% de los médicos pasantes de Servicio Social evaluados, demostrando que el acceso digital es preferible para ellos, en relación con las herramientas impresas.

Aun cuando la evaluación de la satisfacción no formó parte del proyecto, con base a lo expresado por el personal evaluado durante las visitas, existe en el Médico Pasante de Servicio Social el deseo de aprender, encontrar la vía correcta es fuente de motivación durante esta etapa formativa, la empatía que se generó entre el personal supervisado y el supervisor fue pieza clave en el proyecto.

La colaboración escuela-institución en las actividades de supervisión y capacitación de médicos pasantes de Servicio Social es vital para conseguir el compromiso de este personal y permite un flujo homogéneo de información para ellos.

Las áreas de cumplimiento deficiente dentro del proyecto, para la atención subsecuente del embarazo se encontraron en la anotación de biológicos, la solicitud de citología cervico vaginal y la oferta de métodos de planificación familiar. En el caso de la anotación de aplicación de biológicos, si bien es una actividad confinada al área de enfermería el médico debe conocer el esquema de vacunación durante el embarazo.

Para la variable de solicitud de citología cérvico vaginal existe el temor del médico pasante de servicio social de producir una complicación obstétrica durante la realización de la toma de muestra, generando una oportunidad perdida; finalmente en lo que respecta a la oferta de métodos de planificación familiar problemáticas como el desabasto de métodos, provoca que no se prescriban.

En lo relativo a la solicitud de EGO, aunque sí se observó una mejoría entre la evaluación basal y la final, no se logró cumplir al 100% con esta variable.

La adecuada coordinación de esfuerzos interinstitucionales (nivel estatal, nivel jurisdiccional) e instituciones educativas, incrementa la eficiencia en el aprovechamiento de recursos, permite

el establecimiento de estrategias de mejora efectivas y establece precedentes de trabajo dentro de un esquema de mejora continua de procesos, al mismo tiempo que permite que el personal en formación consolide una imagen de colaboración instituciones de salud y escuela durante su práctica de Servicio Social.

La evaluación de las atenciones de control prenatal contemplando adhesión a algoritmos de atención clínica, permite un manejo protocolizado con base a evidencia científica y reduce el riesgo de la heterogeneidad de abordajes individualistas sin bases.

Recomendaciones

Involucrar a las escuelas de modo que se comprometan a otorgar recursos (vehículos, gasolina), para actividades de supervisión compartidas.

Presentar resultados obtenidos a autoridades escolares responsables de servicio social, y autoridades estatales y jurisdiccionales de servicio social, a fin de que entre todos se busquen otras estrategias para la mejora del desempeño de este personal en formación.

Dar continuidad al proyecto a fin de que se puedan detectar desviaciones, analizarlas y dar un nuevo impulso a la mejora del proceso.

Capacitar a los responsables jurisdiccionales de enseñanza para que puedan apoyar en las acciones de supervisión de personal en formación.

Involucrar mediante acciones de difusión del proyecto a médicos responsables de unidades médicas que cuentan con médicos pasantes de servicio social, para que asesoren en servicio y supervisen el desempeño profesional del personal en formación bajo la misma línea de atención protocolizada basada en evidencia científica.

Coordinarse de forma adecuada con otras áreas con la finalidad de contar con apoyo para supervisiones y reducir el efecto de recortes presupuestales.

Incluir a médicos pasantes en otras modalidades (no rotatorias) para evaluar diferencias entre ambas y detectar oportunidades de mejora.

Realizar el proyecto en otra promoción o incluso unir dos promociones con la finalidad de incrementar el número de evaluados incluyendo otras estrategias para reducir la problemática de la falta de recursos.

Incluir la evaluación de otras patologías para ampliar los beneficios del proyecto.

Implementar encuestas para evaluar la percepción y las sugerencias de los médicos pasantes de Servicio Social en favor del proyecto.

Implementar las estrategias del proyecto en otras carreras afines con la finalidad de validarlas y poder contar con puntos de comparación dentro del Estado.

Ampliar los días de capacitaciones presenciales permite abordar de forma más amplia los temas presentados sin la presión de tiempos.

Definir bien con cada ponente el objetivo, alcance y bases bibliográficas de los temas para garantizar congruencia entre capacitaciones y evaluaciones.

Que el personal capacitador tenga carácter de operativo de unidades médicas con la finalidad de que pueda presentar conociendo el entorno en que los capacitados se van a desarrollar.

Aplicar exámenes diagnósticos y exámenes finales con el objetivo de medir el conocimiento adquirido posteriores a la capacitación.

Limitaciones del estudio

La reducción abrupta del presupuesto a nivel estatal que impidió poder supervisar a los 13 médicos pasantes programados, dejando fuera tres médicos pasantes sin visitar y uno con una sola visita.

No contar con un presupuesto propio del área de enseñanza para la implementación de las estrategias.

La deficiencia de insumos, equipo e infraestructura dentro de las unidades médicas que reducen el efecto positivo en la población usuaria de los servicios de salud.

La ubicación de algunas sedes que dificultan por la distancia la continuidad de las supervisiones.

La falta de acceso a internet en la mayoría de las unidades médicas que dificultan el acceso a plataformas de actualización en línea.

Bibliografía

1. Saturno HP, Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora continua de la calidad de los servicios de salud. INSP. México 2015.
2. Reglamento para la Prestación del Servicio Social. Secretaria de Educación Pública.
3. Evaluación Externa de los Centros de Salud atendidos por pasantes de medicina en Servicio Social Síntesis Ejecutiva. Disponible en:
www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/estudios_especiales/PASANTES_SE.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre Mortalidad Materna. 16 de febrero 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
5. Vázquez FD. Competencias profesionales de los pasantes de medicina, enfermería y odontología en servicio social en México. Rev. Panam. Sal Púb 2010. 28(4) 298-304
Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/9621/09.pdf?sequence=>
6. Nigenda G, Servicio Social en medicina en México. Una reforma Urgente y Posible. Rev INSP México 2017. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7253/946>.
7. Muñoz CJM, Córdova HJA, Percepción de Pasantes de Medicina sobre su plan de estudios disponible en: revistas.ujat.mx/index.php/perspectivas/article/download/2632/2055 - Archivo PDF cinaso
8. Mendoza Montero, Elda Cruz Sánchez, Marcelina Elda. Servicio Social de Medicina en el primer nivel de atención: de la elección a la práctica. Rev. educ. sup vol.43 No.172 México oct-dic 2014. tomado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-27602014000400005
- 9.-Ley Reglamentaria del Artículo 5to. Constitucional para el ejercicio de la Profesiones.
- 10.-Ley General de Educación sección 2, Artículo 24.

11. Almeida MM; Floss M, Targa L, Vieira WJ, Chate AB. It is time for rural training in family medicine in Brazil / Es hora de la capacitación rural en medicina familiar en Brasil / Está na hora do treinamento em saúde rural para médicos de familia no Brasil Rev. bras. med. fam. comunidades; 13(40) jan-dez. 2018.

Artículo en inglés | LILACS | ID: biblio-883412

12. Reta de Rosas A, M, López M.J, Montbrun M, Ortiz A, Vargas A,L. Competencias médicas y su evaluación al egreso de la carrera de medicina en la Universidad Nacional de Cuyo Argentina, Educación Médica, 9 (2), 75. 83 Hallado en: scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132006000200006

13. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 123.

14. Ley Federal del Trabajo Artículo 132, Fracción XV.

15. Ortiz SJ, Cedillo OP, Carpio PG., Prado LT., Robalino PM, Cobos TI. Efectos de la capacitación y registros electrónicos médicos en la calidad de las prácticas obstétricas: Un estudio exploratorio. Maskana. Vol.3 No.2, 2012. tomado de https://www.researchgate.net/publication/305502298_Efectos_de_la_capacitacion_y_registros_electronicos_medicos_en_la_calidad_de_las_practicas_obstetricas_Un_estudio_exploratorio

16. Oliveira MGS; Cibele MV; Mercon de Oliveira, CR, Moreira de Lima MG, Gussi MA. Educación a distancia como recurso para la capacitación de Agentes Comunitarios de Salud sobre intervenciones preventivas relacionadas con el alcohol y otras drogas. RECIIS (Online); 13(1): 48-61, jan.-mar. 2019. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-987741>

17. Dorrego FMA. Elaboración, aplicación y evaluación del programa de supervisión para del programa de supervisión para equipos zonales de la jurisdicción sanitaria no v. junio-diciembre

2001. Disponible en
:https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/36309/dirregofunes.pdf;jsessionid=10DC629D0FD7908BAC564496B96B18BF?sequence=1

18. Benites ZV; Saravia CH.; Mezones HE; Aquije DAJ.; Villegas OJ; Rossel DAG; Acosta SC; Philipps CF. Modelo de supervisión basado en el riesgo para instituciones prestadoras de servicios de salud como herramienta para la protección de los derechos en salud .Rev. peru. med. exp. salud pública; 33(3): 401-410, jul.-sep. 2016. tab, graf Artículo en Español | LILACS-Express|ID: lil-798231 Disponible en:
www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000300003

19. 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.

20. Montero Mendoza Elda, Cruz Sánchez Marcelina. Servicio Social de Medicina en el 1er. Nivel de Atención médica: de la elección a la práctica. Rev Educ Sup Vol. 43 #172 México Oct/Dic 2014. Disponible en: www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-27602014000400005

21.-Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en.
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

22. 18.-Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Disponible en :
https://www.google.com/search?sxsrf=ALeKk02Uv-G9qskQGtz_C4PbM1qD-9HNIw%3A1589227831898&ei=N7G5XtCvNovYsAWBn62gBA&q=plan+nacional+de+desarrollo+2018&oq=plan+nacional+de+desarrollo+2018&gs_lcp=CgZwc3ktYWlQAzICCAAyAggAMgIIADICCAyAggAMgIIADICCAyAggAMgIIADICCAA6BAqAEec6BAqjECc6BAqAEENQ_UdYr0tg3U1oAHABeACAA_X6IAd0DkgEDMC40mAEAoAEBqgEHZ3dzLXdpeg&sclient=psy-ab&ved=0ahUKEwiQp4yDz6zpAhULLKwKHYFPC0QQ4dUDCAw&uact=5

23. Plan Estatal de Desarrollo 2019-2021 tomado de:
<http://www.seplan.campeche.gob.mx/index.php/transparencia/13-identidad/285-plan-estatal-de-desarrollo-2019-2022>

24. Análisis de Causas-Raíz de No conformidades: Técnica de los 5 por que. Tomado de:
<https://www.escolaeuropeaexcelencia.com/2018/12/analisis-de-causa-raiz-de-no-conformidades-tecnica-de-los-5-porques/>

25. Calidad del primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud: Diagnóstico Estratégico de la situación actual. INSP. 2014.

26. Algoritmo de Atención del Embarazo. Disponible en:
http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/algoritmos_atencion_clinica.html

27. Campero CL. Calidad de la relación pedagógica médico-paciente en consulta externa: el caso de Oaxaca, México. Sal Pub Mex. 1990;32(2):192-204. Disponible en:
http://www.insp.mx/rsp/files/File/1990/No_2/199032_192-204.pdf. Acceso el 12 de octubre de 2009.

28. Ramírez CD, Espinosa PA. Competencia Clínica en hipertensión arterial sistémica de alumnos de pregrado de dos escuelas de medicina. Rev Inv Clin. 2000;52(2):132-139. Disponible en:
http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=2013&id_sección=6&id_ejemplar=238&id_revista=2

29. López J, González de Cossio M, Velasco M. Servicio social de Medicina en México. Factibilidad del cumplimiento académico en el área rural. Rev Fac Med UNAM. 2004; 47(5):181-186. Disponible en:
http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?id_revista=87&id_ejemplar=2613.

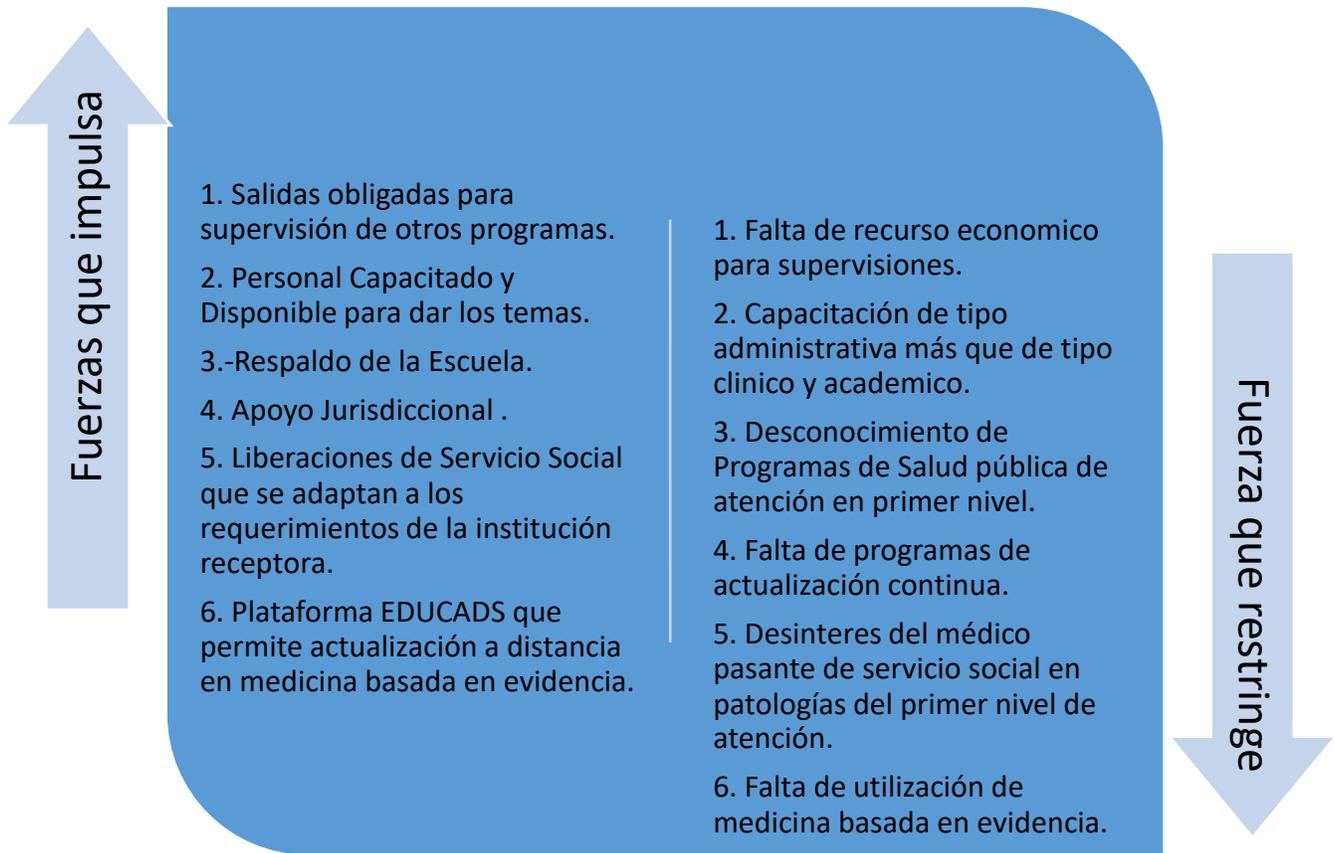
30. Flores AL; León LC; Mayta TP Servicio social en medicina en Latinoamérica: cobertura sin retención Salud Pública de México, vol. 58, núm. 1, enero-febrero, 2016, pp. 2-3 INSP Cuernavaca, México

31. Wiechers GE. El Servicio Social en Medicina a 75 años de su instalación. Gac Med de México 2012 148:276 Disponible en:
https://www.anmm.org.mx/GMM/2012/n3/GMM_148_2012_3_276.pdf
32. Lima GV, Chávez RG. Nivel de conocimientos sobre atención del trauma en médicos que concluyen el internado. Rev Hosp Jua Mex. 2004;71(2):60-64. Disponible en:
http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=24443&id_sección=508&id_ejemplar=2512&id_revista=26. Acceso el 23 de octubre de 2009.
33. Guerrero J.J, Romero GJ, Noriega R. (2015). Análisis de la competencia en medicina visto a través del EGEL-MG. Cult Cien y Tecnol, 49(10), 26-36. Disponible en:
<http://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/culcyt/article/view/157/152>

Anexos

Anexo 1. Cédula de Evaluación de Criterios.

Unidad Médica:		Fecha:													
Nombre del MPSS Supervisado:															
Instrucciones. Para la calificación de la cédula se tomarán los siguientes criterios. 1: cumple con el elemento solicitado 0: no cumple con el elemento solicitado. Para ello se deberá revisar la última nota médica correspondiente a los meses posteriores a FEBRERO de todas las embarazadas atendidas por el médico pasante de servicio social evaluado.															
ALGORITMO	CRITERIO	Ítems del criterio	Puntuación Obtenida	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Embarazo	Atención en Primera Consulta	1.-Evidencia documental en nota médica del expediente clínico de Identificación de antecedentes de riesgo.													
		2.-Exploración Física Completa que incluya Altura de fondo uterino.													
		3.-Aplicación de TD o Td Pa si corresponde.													
		4.-Prescripción de Suplementos.(hierro, ácido fólico)													
		5.-Detección de VIH													
		6.-Detección de VDRL													
		7.-Solicitud de biometría hemática completa.													
		8.-Solicitud de Glucosa en Ayuno.													
		9.-Solicitud de ego.													
		10.-Solcitud de Grupo y Rh.													
		11.-Solicitud de USG.													
		12.-Solicitud de citología vaginal.													
		13.-Congruencia clinico diagnóstica terapéutica.													
				14.-Uso Adecuado de Medicamentos											
ALGORITMO	CRITERIO	Ítems del criterio	Puntuación Obtenida	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Embarazo	Atención consultas subsucuentes	1.-Evidencia documental en nota médica del expediente clínico de identificación de factores de riesgo si corresponde.													
		2.-Evidencia documental en nota médica del expediente clínico de analisis de estudios de laboratorio.													
		3.-Evidencia documental en nota médica del expediente clínico de Exploración física completa que incluya altura de fondo uterino.													
		4.-Evidencia documental en nota medica del expediente clínico de exploración física completa que incluya auscultacion de lático cardiaco fetal.													
		5.-Evidencia documental en nota medica del expediente clínico de exploración física completa que incluya a partir de la semana 32 realizacion de maniobras.													
		6.-Referencia Oportuna a Segundo nivel despues de la semana 32.													
		7.-Orientación y oferta de métodos de planificación familiar.													
		8.-Prescripción correcta de medicamentos(Evidencia documental en nota médica de medicamento correcto, dosis correcta, vía de administración correcta, paciente correcto, periodicidad de administración correcta, registro correcto y seguimiento correcto.													
				9.-Congruencia Clinico Diagnóstica Terapéutica(Congruencia evidenciada en la nota médica de los hallazgos de la exploración física y síntomas del paciente, con el diagnóstico establecido y con la terapéutica instaurada.											



Anexo 3. Carta Descriptiva de Cursos

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD EDUCATIVA:		CURSO ALGORITMOS DE ATENCIÓN CLÍNICA		DIRIGIDO A:	Médicos Pasantes de Servicio Social			
TIPO DE CURSO O EVENTO:		CURSO		DURACIÓN:	14.5 horas	DIAS:	14 y 15	02 2019
NOMBRE DE LA UNIDAD:		Departamento de Enseñanza		SEDE:	Aula 2 de la Dirección de Innovación y Calidad			
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:		Dra. Adriana Berenice Villacís Fernández		CUPO:	15 personas			
OBJETIVO GENERAL:		Fortalecer el componente clínico de la atención sanitaria mediante la capacitación de Médicos Pasantes de Servicio Social.		FECHA DE INICIO DE CURSO:				
				SE APLICA EVALUACIÓN:		SI XXX		NO
				EN CASO DE APLICAR EVALUACION MENCIONAR CON QUE PROMEDIO SE OTORGA CONSTANCIA:				

Fecha y horario	Tema	Objetivo específico	Técnicas didácticas	Auxiliares didácticos	Evaluación	Responsable	Bibliografía
14-02-2019 8:00-9:00	Encuadre de Contenido	Reglamento Servicio Social e Introducción al curso	Expositiva	Presentación audiovisual	SI	Dra. Adriana Berenice Villacís Fernández	Bases para la Instrumentación del Servicio Social de la Dirección general de Calidad y Educación en Salud.
14-02-2019 9:00-10:00	Dengue	Difusión y capacitación en Temas clínicos.	Expositiva	Presentación audiovisual	SI	Dr. Miguel Briceño Dzib	GPC Manejo de Dengue.
14-02-2019 10:00-10:30	RECESO	RECESO	RECESO	RECESO	RECESO	RECESO	RECESO
14-02-2019 10:30-11:00	Cáncer del Cuello del Útero	Difusión y capacitación en Temas clínicos.	Expositiva	Presentación audiovisual	SI	Dra. Adriana Villacís Fernández	Algoritmo de Atención Clínica Cáncer del Cuello del Útero. DGCEs 2017.
14-02-2019 11:00-11:30	Cáncer de Mama	Difusión y capacitación en Temas clínicos.	Expositiva	Presentación audiovisual	SI	Dra. Adriana Villacís Fernández	Algoritmo de Atención Clínica Cáncer de Mama. DGCEs 2017.
14-02-2019 11:30-12:30	Sobrepeso y Obesidad	Difusión y capacitación en Temas clínicos.	Expositiva	Presentación audiovisual	SI	Dr. Leonardo Manuel Carrillo Mendoza	Algoritmo de Atención Clínica Sobrepeso y Obesidad. DGCEs 2017.
14-02-2019 12:30-13:30	Infección de Vías Urinarias	Difusión y capacitación en Temas clínicos.	Expositiva	Presentación audiovisual	SI	Dra. Adriana Berenice Villacís Fernández	Guía de Práctica Clínica IVU
14-02-2019 13:30-14:30	Trato Digno	Difusión y capacitación en Temas clínicos.	Expositiva	Presentación audiovisual	SI	Psic. Letizia Romero Lavalle	
14-02-2019 14:30-15:30	Comentarios y Conclusiones						

Anexo 3. Carta Descriptiva de Cursos

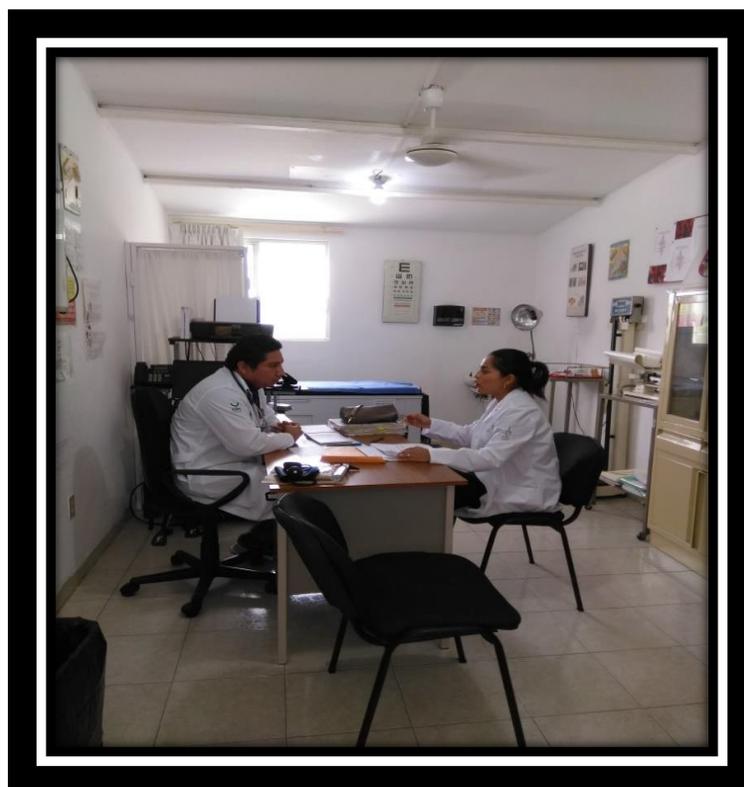
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD EDUCATIVA: CURSO ALGORITMOS DE ATENCIÓN CLÍNICA		DIRIGIDO A: Médicos Pasantes de Servicio Social
TIPO DE CURSO O EVENTO:	CURSO	DURACIÓN: 14.5 horas
NOMBRE DE LA UNIDAD:	Departamento de Enseñanza	SEDE: Aula 2 de la Dirección de Innovación y Calidad
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:	Dra. Adriana Berenice Villacís fernandez	CUPO: 15 personas
OBJETIVO GENERAL:	Fortalecer el componente clínico de la atención sanitaria mediante la capacitación de Médicos Pasantes de Servicio Social.	FECHA DE INICIO DE CURSO:
		SE APLICA EVALUACIÓN: SI XXX NO
		EN CASO DE APLICAR EVALUACION MENCIONAR CON QUE PROMEDIO SE OTORGA CONSTANCIA: 80

Fecha y horario	Tema	Objetivo específico	Técnicas didácticas	Auxiliares didácticos	Evaluación	Responsable	Bibliografía
15-02-19 8:00-8:45	Manejo de Enfermedad Diarreica Aguda en niños de 2 meses hasta 5 años.	Difusión y capacitación en Temas clínicos	Expositiva	Presentación Audiovisual	SI	Dra. Faviola Aguilar García	GPC Manejo de Enfermedad Diarreica Aguda en niños de 2 meses hasta 5 años.
15-02-19 8:45-9:45	Manejo de Infección Aguda de Vías Aéreas Superiores en mayores de 3 meses hasta 18 años	Difusión y capacitación en Temas clínicos	Expositiva	Presentación Audiovisual	SI	Dra. Faviola Aguilar García	GPC Manejo de Infección Aguda de Vías Aéreas Superiores en mayores de 3 meses hasta 18 años
15-02-19 9:45:10:15	Embarazo	Difusión y capacitación en Temas clínicos	Expositiva	Presentación audiovisual	SI	Dr. Luis Ángel Castellanos Rivera	Algoritmo de Atención Clínica Embarazo. DGCES 2017.
15-02-19 10:15:10:30	RECESO	RECESO	RECESO	RECESO	RECESO	RECESO	RECESO
15-02-19 10:30-12:00	Depresión	Difusión y capacitación en Temas clínicos.	Expositiva	Presentación audiovisual	SI	Dr. Francisco León	Algoritmo de Atención Clínica Depresión. DGCES 2017.
15-02-19 12:00:12:30	Infarto Agudo del Miocardio	Difusión y capacitación en Temas clínicos.	Expositiva	Presentación audiovisual	SI	Dr. Leonardo Carrillo Mendoza	Algoritmo de Atención Clínica Infarto agudo del Miocardio. DGCES 2017.
15-02-19 12:30-13:30	Diabetes Mellitus Tipo 2	Difusión y capacitación en Temas clínicos.	Expositiva	Presentación audiovisual	SI	Dr. Leonardo Carrillo Mendoza	Algoritmo de Atención Clínica Diabetes Mellitus Tipo 2. DGCES 2017.
15-02-19 13:30-14:00	Hipertensión Arterial Sistémica	Difusión y capacitación en Temas clínicos.	Expositiva	Presentación audiovisual	SI	Dr. Leonardo Carrillo Mendoza	Algoritmo de Atención Clínica Hipertensión Arterial. DGCES 2017.
15-02-19 14:30-14:30	Evaluación	Evaluar los conocimientos adquiridos posteriores a la capacitación recibida.	Examen Escrito				
15-02-19 14:30-15:00	Comentarios y Conclusiones						

Anexo 4. Diagrama de Gantt.

Actividad	Responsable	2019												2020				
		2018	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Selección de la problemática a trabajar	Departamento de FRHS																	
Anaísis de La Problemática	Departamento de FRHS																	
Diseño del Estudio	Departamento de FRHS																	
Diseño de la Intervención	Departamento de FRHS																	
Intervención(capacitaciones presenciales)	Responsable del Proyecto																	
Intervención(Capacitación a distancia)	Responsable del Proyecto																	
Intervención(Primera Supervision)	Responsable del Proyecto																	
Intervención(Segunda Supervision)	Responsable del Proyecto																	
Concentración de Datos	Responsable del Proyecto																	
Anaísis de la Información	Responsable del Proyecto																	
Compilación de material para Proyecto Terminal	Responsable del Proyecto																	
Revisiones del Proyecto Terminal	Responsable del Proyecto																	
Entrega de Versión Autorizada del Proyecto Terminal	Responsable del Proyecto																	

Anexo 5: Supervisiones en unidad de adscripción a médicos pasantes de Servicio Social.



Anexo 5. Supervisiones en unidad de adscripción a médicos pasantes de Servicio Social.



Anexo 6. Curso de Capacitación en Algoritmos de Atención Clínica Campeche y Carmen febrero 2019.



Anexo 6. Curso de Capacitación en Algoritmos de Atención Clínica Campeche y Carmen febrero 2019

