



**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO
MAESTRIA EN CIENCIAS EN SISTEMAS DE SALUD**

ARTICULO:

**Condición contractual como factor en el desempeño médico
en unidades rurales de atención ambulatoria.**

ALUMNO:

Arturo Aguilar Ye

MATRICULA:

2010140301

DIRECTORA DE TESIS:

Dra. Hortensia Reyes Morales

ASESORA DE TESIS:

Dra. Clara Juárez Ramírez

FECHA DE EXAMEN:

28/Agosto/2012

Cuernavaca Morelos, México

Índice

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Material y métodos.....	7
Resultados.....	11
Discusión.....	17
Conclusiones.....	21
Bibliografía.....	22

Resumen

Objetivo: Analizar las variaciones en el desempeño de los médicos, las barreras y facilitadores que tienen de acuerdo a su condición contractual para la atención de pacientes con DM2 en Unidades de Atención Ambulatoria (UAA) rurales.

Material y métodos: Se realizó una investigación evaluativa con metodología mixta de la calidad de atención médica (desempeño) en UAA en zonas rurales del sur del estado de Veracruz durante 2012, se usó de trazador de la calidad a la DM2 para lo cual se utilizaron 21 indicadores del proceso de atención. Las barreras y facilitadores se exploraron en tres dimensiones: Económicas, Organizacionales y Comunitarias. Se utilizaron frecuencias simples y relativas para las variables categóricas y medidas de tendencia central para variables discretas y continuas. Para el análisis cualitativo se organizaron matrices por las dimensiones exploradas.

Resultados: De los 20 médicos estudiados, 55% fueron pasantes en servicio social (MPSS). El desempeño entre los trabajadores (MT) y los MPSS fue similar con elevada proporción en la realización de acciones en detección temprana de complicaciones y control glucémico. Las principales barreras fueron la alta carga administrativa, el poco desarrollo económico y educativo de las comunidades. Los facilitadores más importantes consistieron en buenas relaciones personales en el equipo de salud y apoyo económico de las familias de los MPSS.

Conclusiones: La calidad de la atención prestada por ambos grupos fue similar. Se requiere aumentar la eficiencia en los procesos administrativos.

Palabras clave: Desempeño médico, primer nivel de atención, unidades rurales, contratación, médicos pasantes.

Introducción

La condición contractual en los servicios públicos de salud se define como la situación legal en donde un profesional de la salud (prestador) y un empleador (los servicios públicos de salud) establecen las condiciones en donde el prestador realizará sus actividades laborales y los beneficios que tendrá por ello, siendo muy variadas, dependiendo del sistema de salud.^{1,2}

Al registrarse en 2003 las reformas al Sistema de salud mexicano que dieron origen al Sistema de Protección Social en Salud y a su brazo operativo, el Seguro Popular, se incrementaron los recursos económicos destinados a salud lo cual se tradujo en más y mejores establecimientos para la atención de servicios públicos de salud, pero también en aumento de la demanda en las Unidades de Atención Ambulatoria (UAA) y aunque se incrementó el número de médicos y plazas para todo el personal de salud, la tasa de médicos por 1,000 habitantes se encuentra aún en 1.85, muy por debajo de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico y de varios de América latina.³ Además de que en México hay pocos médicos, se tiene que agregar a la problemática el hecho de las grandes disparidades en la distribución, ya que la mayoría de ellos se concentra en zonas urbanas; como consecuencia, es en estas zonas donde hay una gran cantidad de desempleados y aunque se han hecho intentos para emplearlos en zonas rurales y en el primer nivel de atención, hasta ahora no se ha tenido el resultado esperado.^{4,5} Dentro de las causas

por las cuales no se ha logrado la redistribución de estos recursos humanos se pueden citar varias, como mecanismos de pagopoco eficientes, la insatisfacción de los médicos por estar en zonas rurales o por una bien llamada “crisis en la práctica médica” en donde los médicos jóvenes desean trabajar con tecnología, tener acceso a recursos diagnósticos y terapéuticos que tienen mayor efectividad, mismos que no encontrarán en las zonas rurales, donde por el contrario, se encontrarán con escasez de recursos, con pacientes con mayores expectativas que en el pasado y con un modelo de trabajo médico basado en la productividad mal entendida, que evalúa únicamente el volumen de pacientes atendidos y no la calidad que se les da a los mismos.⁶

Independientemente de la situación laboral, los médicos en el todo mundo y México no es una excepción, están sufriendo insatisfacciones producto de varios factores que a continuación se mencionan y que están en relación directa con su bajo desempeño. Una de las principales causas es la baja remuneración que reciben por sus servicios y la elevada carga de trabajo, por lo que el tiempo que le dedican a sus pacientes es poco, lo que tampoco satisface el espíritu humanista con el cual fueron formados.⁷ En este sentido, se ha visto que los médicos más jóvenes ya no desean participar de la vieja utopía de la cruzada social, consideran que con el sacrificio de estudiar y perfeccionarse mediante su propio esfuerzo y pago, están libres de cualquier otro compromiso.⁶

La insatisfacción laboral influye directamente con el desempeño médico y éste a su vez en la calidad de la atención que brinda el prestador⁸, lo cual es un factor que impide que los programas de salud logren sus objetivos. En la última evaluación de las UAAde los Servicios Estatales de Salud se evidencia que en “rastreadores” de la calidad de atención médica, la referente a Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), es deficiente tanto a los procesos pero aún más en los resultados (solo un 13% de los pacientes se encuentran en control glucémico).⁹

Debido a la importancia que reviste la atención de la DM2 y a la diversidad que presenta el gremio médico encargado de brindar atención a los pacientes que padecen esta afección, resulta necesario analizar las variaciones en el desempeño de los médicos, las barreras y facilitadores que tienen de acuerdo a su condición contractual para la atención de pacientes con DM2 en UAA rurales.

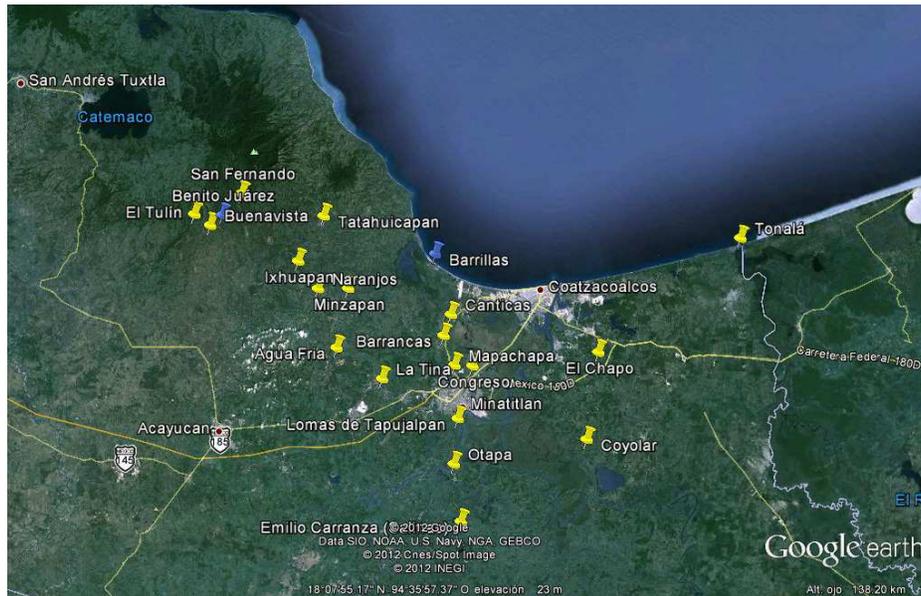
Material y métodos

Se realizó una investigación evaluativa con metodología mixta (cuantitativa y cualitativa) de la calidad de los servicios de salud de primer nivel de atención en zonas rurales del sur del estado de Veracruz durante 2012; la unidad de análisis fueron los médicos responsables de UAA y se usó el trazador de la calidad de la atención la DM2.¹⁰

El universo de estudio se definió como aquellos médicos que se encontraran realizando su actividad profesional en UAA de un solo núcleo básico (integrado por un médico y una o dos enfermeras)¹¹, que fueran los responsables de dicha unidad en por lo menos los últimos tres meses y que hubieran atendido en la última semana a más de cinco pacientes con DM2.

Se seleccionó el área de estudio incluyendo a UAA bajo la responsabilidad de la Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana (UV) en Minatitlán en lo referente a educación e investigación médica en recursos humanos, de acuerdo a los criterios de regionalización de la Comisión Estatal Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud en Veracruz (Imagen 1).

Imagen 1. Distribución de las UAA visitadas en el sur de Veracruz



A partir de los registros disponibles de los Servicios de Salud de Veracruz (SESVER), se identificaron en esta área 84 UAA de primer nivel con una población blanco de 479,417 habitantes¹², 35 de ellas elegibles para el estudio¹³; 13 UAA se excluyeron por haber modificado su estructura o encontrarse en áreas con altos niveles de inseguridad y de extrema lejanía. De las 22 UAA que se incluyeron se eliminaron a dos debido a que los responsables no se encontraron en ellas en tres ocasiones que se visitaron.

Para medir el desempeño se utilizaron 21 indicadores del proceso de atención en cuatro áreas básicas para la atención de pacientes con DM2: Detección temprana de complicaciones, Control de glicemia, Manejo terapéutico y Manejo de complicaciones y comorbilidades^{15, 16, 17}.

Las barreras y facilitadores laborales se exploraron cualitativamente mediante tres dimensiones: 1) Económica, con temas de ingreso y método

de pago;2) Organizacional, con tópicos de relaciones interpersonales con sus superiores, equipo de trabajo y disponibilidad de insumos para la operación y 3) Comunitaria, que incluyó la interrelación del médico y de la UAA con la población.

Adicionalmente se midieron variables de tres secciones: capacitación-actualización, características de la atención y condición laboral.

Para la sección de educación continua se exploraron cinco variables: la frecuencia de capacitación de los médicos de las UAA, los que han recibido actualización en el último año, los que conocen la guía de práctica clínica y la Norma Oficial Mexicana (referentes a DM2) y los que en el último año se habían capacitado en DM2.

Las variables que comprendieron las características de la atención fueron siete; número de pacientes que atienden, número de pacientes con DM2, las complicaciones y comorbilidades más frecuentes de éstos y el nivel de abasto de sus insumos (medicamentos, material de curación y papelería).

En lo referente a condición laboral se incluyeron seis variables que fueron: el tipo de contratación, la antigüedad en la UAA, los años de experiencia laboral, la pertenencia a un sindicato, la satisfacción de trabajar en esa UAA y si se encontraba tramitando su cambio de unidad.

Para la obtención de los datos se realizaron visitas a las UAA en días hábiles de acuerdo a los horarios disponibles por los médicos, para lo cual

el área de estudio se dividió en cinco zonas (montaña, costa norte, costa este, río, y sureste), las cuales se visitaron a lo largo de cinco semanas. La aplicación de los instrumentos se realizó previo consentimiento informado por escrito, iniciando con la aplicación de un cuestionario que incluyó las variables de estudio.

Posteriormente se realizó una entrevista breve con una guía de siete temas (datos socioeconómicos, ingresos, carga laboral, área de trabajo, estabilidad laboral, apoyo comunitario y atención a pacientes diabéticos) con las cuales se exploraron las barreras y facilitadores laborales. Ambos instrumentos se pilotearon previamente en dos fases para obtener las preguntas que exploraran con mayor exactitud la realidad que experimenta esta población. Así mismo todo el procedimiento se audiograbó, posteriormente se transcribieron y se generaron matrices para cada tema con la información más representativa de cada caso.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo mediante el uso de frecuencias simples y relativas para las variables categóricas y medidas de tendencia central para variables discretas y continuas. Para el análisis cualitativo se organizaron matrices por temas mediante las cuales se pudieron identificar en las tres dimensiones (económica, organizacional y comunitaria) las barreras y los facilitadores laborales. El análisis del discurso de los médicos permitió identificar diferentes situaciones, cuyos resultados se presentan a continuación.

Resultados

- Cuantitativos

De los 20 médicos responsables de UAA incluidos, 9 reportaron ser trabajadores (MT) y 11 pasantes en servicio social (MPSS), el 80% de los participantes fueron mujeres. La media de edad para los MT fue de 41 ± 8.16 años y los MPSS de 25.4 ± 1.1 años. El tiempo que pasan en sus unidades los MT es de 37.5 hrs y los MPSS de 126 hrs.

En el área de educación continua, ninguno de los médicos reportó realizar en el momento de la entrevista algún curso de formación profesional (tabla 1).

Tabla 1. Características de educación continua	MT	MPSS	Total
	N=9 (%)	N=11 (%)	N=20 (%)
Realiza curso actualmente	0.0	0.0	0.0
Realizó curso en el último año	55.5	100.0	80.0
Conoce la GPC para DM2	66.6	81.8	75.0
Conoce la nueva NOM (2010) para DM2	33.3	9.1	20.0
Recibió capacitación en DM2 en el último año	22.2	45.4	35.0

En relación con las características de la atención, el total de médicos reportó dar cobertura en sus UAA a 52,486 individuos de los cuales 1,134 son pacientes con DM2 de los cuales el 83% acude a sus citas mensualmente y cerca de la mitad de ellos (49.3%) presentan enfermedades crónicas (además de la DM2) y en una proporción similar (48.5%) son pacientes que presentan complicaciones asociadas a la

DM2. En experiencia laboral, los MT tuvieron una mediana de antigüedad de 10 años (2-30) y dentro de los Servicios de Salud de Veracruz una mediana de 7 años (1-15), situación totalmente diferente a los MPSS los cuales tuvieron una mediana de 3 meses (3-10). El 95% de los médicos reportó estar satisfecho en su UAA y en promedio los MT desean seguir en su UAA 5 años más (2-29) y los MPSS 2 años (0-30). Un porcentaje muy pequeño está realizando trámites para cambiar de UAA (10%) y todos son MT, situación similar a la frecuencia de poseer otro trabajo (22.2%). El 80% de los médicos desean percibir más dinero por su trabajo siendo el monto totalmente diferente entre los MT (\bar{X} : \$22,167±9,600.3) y los MPSS (\bar{X} : \$5,000±1,000).

El desempeño entre los MT y los MPSS fue muy similar y con elevada proporción en la realización de acciones en las áreas de detección temprana de complicaciones diabéticas y control glucémico. Ambos grupos mostraron baja proporción de acciones adecuadas en las áreas de manejo terapéutico y el manejo de complicaciones y comorbilidades (tabla 2).

Tabla 2. Desempeño médico	MT	MPSS	Total
	N=9 (%)	N=11 (%)	N=20 (%)
Detección temprana de complicaciones	100.0	100.0	100.0
Control glucémico	100.0	90.1	95.0
Manejo terapéutico	33.3	9.1	20.0
Manejo de complicaciones y comorbilidades			
Detección temprana de daño renal	37.5	25.0	31.3
Referencia adecuadamente a sus pacientes	44.4	90.1	70.0
con DM2			
Manejo complicaciones	11.1	45.5	30.0

- Cualitativos

Barreras: En la dimensión económica, los MT sistemáticamente están inconformes por no recibir un sobresueldo o pertenecer a otra categoría dentro de la nómina ya que realizan actividades administrativas como responsables de las UAA.

“...Por ejemplo, el doctor percibe el mismo sueldo que yo y él no hace nada administrativo, toda esa otra parte, ¿en dónde está?”... [Caso 17, médica de base de 41 años]

La beca de los MPSS es poca (\$1,250 quincenales), mismas que se retrasan durante 6 quincenas al inicio del Servicio Social y al no contar con suficiente papelería ellos tienen que imprimirla. Los viáticos tanto para ir a las comunidades aledañas a brindar atención médica e ir a la sede Jurisdiccional a entregar los informes mensuales corren por su cuenta.

En la dimensión organizacional para ambos grupos el principal obstáculo fue la carga administrativa que tienen que realizar, lo que les impide brindar una atención médica de mayor calidad, esta problemática se ha incrementado con la operación del Programa Oportunidades y el Seguro Popular ya que hay duplicación de información y de trabajo (Secretaría de Salud, Oportunidades y Seguro Popular). Esta situación no ha podido resolverse ya que aunque se han hecho esfuerzos para digitalizar el rendimiento de cuentas, las comunidades en donde se alojan las UAA no tienen infraestructura digital (internet) que pudiera facilitar el proceso.

“Nos mandaron una computadora sin accesorios además no lo podemos enviar porque no hay internet” [Caso 19, médica de Contrato de 46 años]

Comunitariamente las principales barreras que encuentran todos los médicos son las deficiencias educativas y económicas de la población, pero en los MT se agrega la insatisfacción y la poca cooperación debido al horario de atención en la UAA (de 8 a 15:30 hrs) ya que fuera de este horario los pobladores tienen que recorrer distancias importantes para resolver sus necesidades de salud, por lo que la dinámica entre la UAA y la comunidad se ve afectada. Los MPSS se enfrentan a la poca credibilidad que les da la comunidad, lo cual se adereza con el aspecto físico, la inseguridad en su actuar y la falta de formalismos por parte de los Servicios Estatales de Salud que no realizan una presentación del pasante ante la comunidad, lo cual provoca que algunos pacientes emitan comentarios peyorativos hacia ellos y sean reacios a las indicaciones, diagnósticos y manejos que se les brindan.

“muchas personas no me respetan, dicen: ¿esta mocosa me va atender a mi?, porque saben que soy pasante, me ven joven. No quiero exagerar, un gran porcentaje no respeta a los pasantes” [Caso 13, médica pasante de 26 años]

Un hallazgo que se tuvo durante las entrevistas es que tanto los MT como los MPSS, reportaron extremar precauciones ya que la delincuencia organizada los ha amenazado solicitando el pago de cuotas o agrediéndolos

en las UAA, con lo cual ellos limitan su tiempo de atención restringen la atención a pacientes desconocidos.

Adicionalmente existen impedimentos legales para que los MPSS puedan recetar antibióticos, ya que no cuentan con cédula profesional. Dado el desabasto de medicamentos en la UAA es común que le pidan al paciente comprarlos en la farmacia, pero debido al impedimento legal no les hacen válida la receta.

“la farmacia que está en el Hospital no les surte el medicamento a mis pacientes ya que la receta no tiene cédula profesional, pero ¿cómo voy a tener cédula profesional si soy pasante?” [Caso 6, médico pasante de 26 años]

Tabla 3.- Barreras laborales según el tipo de contrato

	Económicas	Organizacionales	Comunitarias
MT	<ul style="list-style-type: none"> • Insatisfacción por la falta de pago de actividades administrativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipos de salud incompletos • Exceso de actividades administrativas • Escasez de insumos (medicamentos, material de curación y papelería) 	<ul style="list-style-type: none"> • No pueden salir a hacer trabajo comunitario
MPSS	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo monto de su beca • Retraso en el pago de la beca • No hay pago de viáticos 	<ul style="list-style-type: none"> • Poca supervisión y retroalimentación 	<ul style="list-style-type: none"> • Poca credibilidad de la comunidad hacia los médicos

Facilitadores: Aunque están insatisfechos con sus sueldos, los MT reconocen que ha existido una mejora constante en los últimos años tanto en el monto económico como en prestaciones sociales y los MPSS reciben apoyo monetario de sus familias.

Organizacionalmente en los dos grupos el apoyo de las autoridades jurisdiccionales en la operación de los programas fue bueno, adicionalmente los MT son apoyados por su sindicato para gestionar insumos y mejores condiciones de trabajo. En los MPSS la herramienta más importante que tienen para desempeñarse adecuadamente es el personal de enfermería quien los capacita en el manejo de la UAA y dado su situación contractual están de tiempo completo en las unidades.

Comunitariamente los MT tienen mayor experiencia en el manejo social de conflictos y los MPSS lo compensan con disposición y mayor cercanía con la gente.

“las que llevan el comité de salud me han tratado muy apapachadoramente”, no me puedo quejar es gente que me da ánimos, porque realmente a estas alturas llega un momento en el que uno se desanima”[Caso 1, médica pasante de 25 años]

Tabla 4.- Facilitadores laborales según el tipo de contrato

	Económicas	Organizacionales	Comunitarias
MT	<ul style="list-style-type: none"> Satisfacción por su salario 	<ul style="list-style-type: none"> Mejora en el surtimiento de medicamentos El sindicato como gestor de insumos Buenas relaciones con las autoridades Jurisdiccionales 	<ul style="list-style-type: none"> Experiencia en el manejo de la población
MPSS	<ul style="list-style-type: none"> Apoyo familiar 	<ul style="list-style-type: none"> Trato adecuado con las autoridades Jurisdiccionales Presencia 24 hrs en su UAA 	<ul style="list-style-type: none"> Gran participación de la población

Discusión

Los resultados mostraron que el desempeño del grupo de médicos incluidos en el estudio fue homogéneo indistintamente de su estatus contractual, lo que es contrario a lo esperado, dadas las muy diferentes condiciones en su actividad profesional; por ejemplo, llama la atención que la experiencia en el puesto y las mejores condiciones económicas los MT no reflejen esas ventajas al ser comparados con los MPSS, los cuales equilibran la situación estando más tiempo en sus UAA, teniendo un contacto más estrecho con la comunidad y haciendo actividades comunitarias de mayor intensidad; aunque los horarios de atención de las UAA atendidas por MPSS, están muy bien delimitados (de 8-14 y de 16-18 hrs) la mayoría de ellos las extiende debido a la demanda que tienen por parte de la población y posiblemente por tener mayor motivación, ya que son médicos más jóvenes y con mayor sentido de una práctica profesional humanista, a pesar de lo que otros autores indican.⁶

De las cuatro áreas evaluadas, en la mitad de ellas los médicos tuvieron un desempeño adecuado; sin embargo, en la detección temprana de complicaciones la calificación tuvo que acotarse a la búsqueda intencionada del pie diabético y manifestaciones temprana de neuropatía y vasculopatía diabética, ya que aunque también se indagó la evaluación del fondo de ojo, éste se realiza muy poco debido a la falta de condiciones

estructurales de las UAA, más que por deficiencia en la competencia médica.

Desde el punto de vista organizacional no se encontró alguna UAA con una saturación de pacientes y aunque hay deficiencias en cuanto a insumos, los médicos reconocen que en los últimos seis meses han ocurrido cambios que han disminuido el problema de abasto.

En el Observatorio de desempeño ambulatorio 2010 de la Secretaría de Salud de México se hacen una serie de propuestas en los niveles federal y estatal para el fortalecimiento de los recursos humanos que laboran en UAA en las que se coinciden con casi todas (en breve, mejoras en las condiciones financieras, de capacitación, de trabajo y de vida)⁵ con excepción de que en todas las UAA exista un médico titulado. Este último punto no es apoyado por los resultados de este estudio, que muestra que las UAA que son atendidas por médicos titulados no se brinda una mayor calidad de la atención y en algunos indicadores, se aprecia incluso mejor desempeño de los MPSS(a pesar del tamaño de la población), por lo que es importante ampliar el análisis de esta situación con una muestra más grande y que incluya diferentes regiones, con el fin de sustentar la mejor definición del tipo de contratación del personal médico idóneo para elevar la calidad que se brinda en las UAA rurales. Lo mencionado anteriormente tiene relevancia para definir las condiciones mínimas apropiadas que deben de tener los médicos en el ejercicio de su actividad profesional; por

ejemplo, aunque en el estado de Veracruz los montos de las becas son superiores a lo citado en el Observatorio, los pasantes necesitarían un incremento del 100% tal como lo solicitó la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina en 2007.¹⁸

Otro aspecto relevante a considerar es que los MT no cuentan con un marco legal/contractual para brindar atención médica en caso de urgencias fuera de su UAA, lo cual también se tiene que modificar de una manera en la cual el médico decida en qué casos deberá de participar de la atención médica fuera de la UAA y más que obligar, se trata de romper una barrera contractual, en la misma forma como está estipulado en el programa IMSS-Oportunidades.¹⁹ Este aspecto está relacionado con otro problema expresado por los MT respecto a que su equipo de salud es incompleto, principalmente en el apoyo de los promotores de salud, personal que en muchas de las UAA no existe, esta ausencia provoca poca integración de la UAA con la comunidad en donde está alojada, impidiendo un mejor desempeño en el MT; la figura del Promotor de Acción Comunitaria es fundamental en el equipo de trabajo, tal como lo ha sido en el programa IMSS-Oportunidades que cuenta con Unidades Médicas Rurales que desarrollan funciones similares a las UAA.¹⁹

Es importante analizar la situación actual de los MPSS en UAA rurales en términos de la supervisión y asesoría;²⁰ si bien el criterio de regionalización ha ayudado a estrechar el contacto entre los pasantes y sus universidades

de origen, esto es un acuerdo y no una norma a la cual se deben ajustar todos los actores. En esta muestra existieron algunos MPSS los cuales provenían de instituciones fuera del estado de Veracruz que no habían tenido ninguna supervisión ni evaluación de su proceso educativo por parte de su escuela lo cual debería de plasmarse en una Norma Oficial Mexicana, para la cual existe el proyecto pero aún falta la voluntad para emitirla.²¹

Aunque este estudio no permite determinar estadísticamente que grupo de médicos proporciona mejor calidad de atención, si da luz a un tema de actualidad con respecto a la pertinencia de la atención otorgada por los MPSS. Otra limitación del presente estudio está relacionada con la metodología utilizada para la medición del desempeño, la cual fue mediante autorreporte, lo que puede sobreestimar la calidad en el proceso de la atención; sin embargo al comparar los indicadores de resultados en salud (porcentaje de pacientes en control glucémico) de la Evaluación 2008 de las UAA⁹ con lo auto-reportado en este estudio, la cifras fueron similares.

Este estudio es valioso debido a que no existe literatura en México que explore los determinantes laborales que influyen en el desempeño de los médicos que trabajan en zonas rurales del país y aporta información ante una eventual modificación en los esquemas de contratación de trabajadores y al Servicio Social en medicina.

Conclusiones

La calidad individual en la prestación de servicios médicos (desempeño) en UAA rurales del sur de Veracruz es indistinta de la condición contractual que tengan los médicos responsables de dichos servicios de salud.

Es necesario mejorar el proceso de administración de las UAA para que el personal médico pueda disponer de mayor tiempo para la atención integral de los pacientes y se deben de generar esquemas de incentivos basados en el desempeño del personal médico para elevar la calidad de atención en estas unidades.

Las actividades comunitarias de los MT son escasas debido a su estructura contractual y a la falta de personal dedicado a esas actividades, por lo que es vital de dotar a las UAA de promotores comunitarios de salud.

En necesario ampliar los estudios en este tema para confirmar si la relación contractual está relacionada con el desempeño de los médicos, lo cual no fue encontrado en el presente trabajo.

Referencias

- 1.- Rodríguez Corredor ZA, Molina Marín G. Relaciones contractuales entre las instituciones prestadoras y aseguradoras de servicios de salud del municipio de Medellín, Colombia, 2005-2006. Invest Educ Enferm. 2009;27(1):78-85.
- 2.- Dal Poz MR. Cambios en la contratación de recursos humanos: el caso del Programa de Salud de la Familia en Brasil. Gac Sanit 2002;16(1):82-88.
- 3.- Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S220-S232.
- 4.- Frenk J, Knaul FM, Vázquez-Segovia LA, Nigenda G. Trends in medical employment: Persistent imbalances in urban Mexico. Am J Public Health. 1999;89:1054-58
- 5.- Gómez-Dantés O. Propuestas de fortalecimiento de los recursos humanos de las UAA de los SESA en Observatorio del desempeño ambulatorio. Secretaría de Salud/Instituto Nacional de Salud Pública.2010; 73-80
- 6.- Jiménez J. Cambios en el entorno del trabajo médico. Rev Med Chile 2004;132:637-42
- 7.- Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? BMJ 2002;324:835-38

- 8.- Salinas-Oviedo C, Laguna-Calderon J, Mendoza-Martinez M. La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención médica. Salud Pública Méx 1994; 36(1):22-29
- 9.- Secretaría de Salud. Unidades de primer nivel de atención en los servicios estatales de salud. Evaluación 2008. México. 2008
- 10.- Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing health quality. The case for tracers. N Engl J Med 1973;288:189-94
- 11.- Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las reglas de operación específicas e indicadores de gestión y evaluación del programa de ampliación de cobertura. Secretaría de Salud. México 2001.
- 12.- Concentrado Jurisdiccional. Servicios de Salud de Veracruz. 2009. www.ssaver.gob.mx, Fecha de último acceso: Diciembre de 2010.
- 13.- Directorio de Unidades Médicas Servicios de Salud de Veracruz. 2008. www.ssaver.gob.mx, Fecha de último acceso: Diciembre de 2010.
- 14.- Estrategias propuestas para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. OMS. 2002. <http://www.who.int/health-systems-performance/>, Fecha de último acceso Agosto de 2012.
- 15.- Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de la diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención, México: Secretaría de Salud, 2008.

16.- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. DOF. Martes 23 de Noviembre de 2010.

17.- Wens J, Dirven K, Mathieu C, Paulus D, Van Royen P; Belgian Diabetes Project Group. Quality indicators for type-2 diabetes care in practice guidelines: an example from six European countries. Prim Care Diabetes. 2007 Feb;1(1):17-23.

18.- Foro Nacional de Servicio Social en Medicina, Comanjilla Guanajuato Noviembre de 2007. Memorias. <http://www.amfem.edu.mx/memorias.html>, Fecha de último acceso Agosto de 2012.

19.- Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2012. Diario Oficial de la Federación, México 29 de Diciembre de 2011.

20.- Nigenda G, Ruiz JA. Formación, empleo y regulación de los recursos humanos para la salud. Bases para su planeación estratégica. 1° Edición. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2010.

21.- Proyecto de NOM-009-SSA3-2007, Utilización de campos clínicos para la prestación del servicio social de pasantes de medicina y odontología. Secretaría de Salud. México 2008.

