

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA



PLAN MODULAR



SEXTO AÑO

Disciplina
SERVICIO SOCIAL

2013

CARRERA DE MÉDICO CIRUJANO

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Carrera de Médico Cirujano

Programa Académico Sintético aprobado por el Comité Académico de Carrera el día 12 del mes de septiembre de 2013.

DIRECTORIO DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez	Director
Dr. Vicente J. Hernández Abad	Secretario General
M. en C. Faustino López Barrera	Secretario de Planeación
Dra. Rosalinda Escalante Pliego	Secretaria de Integración, Promoción y Desarrollo Académico
Dr. Omar Viveros Talavera	Jefe de la División de Ciencias de la Salud y del Comportamiento

DIRECTORO DE LA CARRERA DE MÉDICO CIRUJANO

Dr. Noé Contreras González	Jefe de la Carrera de Médico Cirujano
Mtra. María Luisa Ponce López	Secretaria Técnica
M. C. Patricia Dolores Delgado Jacobo	Coordinadora de Ciencias Biomédicas
M. C. Irma Araceli Aburto López	Coordinadora del Ciencias de la Salud Pública
M. C. Rocío Paniagua Hernández	Coordinadora de Ciencias Clínicas
M. C. María del Carmen García Ríos	Coordinadora de Área Terminal Internado y Servicio Social

PROFESORES QUE PARTICIPARON EN LA ACTUALIZACIÓN DEL PROGRAMA

M.C. María del Carmen García Ríos	Coordinadora de área terminal de internado y servicio Social
M.C. Karina Judith Huesca Gutiérrez	Apoyo académico y Asesor de internado y Servicio Social
M.C. Francisco Gabriel Reyes Rodríguez	Apoyo académico y Asesor de Internado y Servicio Social
M.C. Guadalupe Reyes González	Apoyo académico y Asesor de Internado y Servicio Social
Mtra. Marisela Torres Vaca	Profesor de Tiempo Completo Asociado "C"
M.C. Sandra Peña Rodríguez	Profa. Asignatura 'B' Definitiva
M.C. Martha Adelina López Hernández	Profa. Asignatura 'A' Interina

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
MISIÓN Y VISIÓN DE LA CARRERA	8
MAPA CURRICULAR	9
MODELO EDUCATIVO	14
PERFIL PROFESIONAL DEL EGRESADO	16
PERFIL DEL PROFESOR	18
CONTRIBUCIÓN DE LA DISCIPLINA AL LOGRO DEL PERFIL DEL EGRESADO	19
ANTECEDENTES DE LA DISCIPLINA	21
OBJETIVOS GENERALES DE LA CARRERA	24
MARCO JURÍDICO	26
REGLAMENTO INTERNO	29
REQUISITOS DE INSCRIPCIÓN AL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIO SOCIAL	34
CATALOGO DE PLAZAS	36

REQUISITOS PARA LA ASIGNACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS DE SERVICIO SOCIAL	39
ATENCIÓN DE INCIDENCIAS	41
DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS MÉDICOS PASANTES	44
FALTAS IMPUTABLES	49
CONTROL Y PROGRAMA DE ASESORIA	54
EVALUACION Y SUPERVISION DE CAMPOS CLINICOS DE SERVICIO SOCIAL	55
EXPEDICION DE LA CARTA DE TERMINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL	55
ENTREGA DEL INFORME FINAL	57
TRÁMITES DE TITULACION	58
PROGRAMA ACADEMICO	59
ÁREA DE AUTOENSEÑANZA	60
ÁREA DE MEDICINA INTERNA	62
ÁREA DE CIRUGIA GENERAL	80
ÁREA PEDIATRIA	90
AREA DE GINECO OBSTETRICIA	100

ÁREA DE URGENCIAS	105
SUBPROGRAMA DE ASISTENCIA	109
SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA E INVESTIGACIÓN	116
SUBPROGRAMA DE ASESORIA Y APOYO ACADÉMICO A LA AUTOENSEÑANZA	124
TRÁMITES ACADÉMICOS	131
BIBLIOGRAFIA GENERAL	134
ANEXOS	
NORMA OFICIAL MEXICANA NOM 0004_SS EXPEDIENTE CLINICO	142
CARTA DE LOS DEREHOS DE LOS PACIENTES	177
CARTA DE LOS DERECHOS DE LOS MÉDICOS	184
GUIA PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME FINAL DE SERVICIO SOCIAL	189
FORMATO HISTORIA CLÍNICA	205

MISIÓN Y VISIÓN DE LA CARRERA

MISIÓN DE LA CARRERA

Formar médicos generales poseedores de conocimiento científico y cultura universal para una práctica responsable, competente, ética y humanística que les permita contribuir a la prevención y solución de la problemática de salud del país, dotados de una actitud crítico-creativa, comprometidos con su actualización profesional y dispuestos a continuar con estudios de posgrado.

VISIÓN DE LA CARRERA:

Ser una carrera con reconocimiento por sus innovaciones en la formación de médicos generales que participen activamente en el ejercicio de la profesión dentro de la sociedad de la información y el conocimiento. Esto a través de mejoras curriculares, la promoción de la formación docente y la optimización de los recursos disponibles.

MAPA CURRICULAR

MEDICINA		CRÉDITOS
NIVEL: LICENCIATURA SISTEMA: ESCOLARIZADO Y CON SERIACIÓN DURACION: 6 AÑOS VIGENCIA: PRIMER INGRESO Y REINSCRIPCIÓN LIM. DE INSC. POR PERIODO: SIN LIMITE		OBLIGATORIOS: 449 OPTATIVOS: 0 TOTALES: 449
PRIMER AÑO		
ASIGNATURA	CRÉDITOS	REQUISITOS DE INSCRIPCIÓN
SALUD DEL HOMBRE Y AMBIENTE	50	
CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTRAUTERINO	20	
PARTO, PUERPERIO Y PERIODO PERINATAL	10	
CRECIMIENTO Y DESARROLLO EXTRAUTERINO	20	

SEGUNDO AÑO

INTRODUCTORIO	5	CICLO I
PIEL Y MÚSCULO ESQUELÉTICO	10	CICLO I
APARATO RESPIRATORIO	10	CICLO I
APARATO CARDIOVASCULAR	20	CICLO I
APARATO DIGESTIVO	15	CICLO I
APARATO UROGENITAL	13	CICLO I
SISTEMA NERVIOSO ÓRGANO DE LOS SENTIDOS	20	CICLO I
SISTEMA ENDOCRINO	13	CICLO I

TERCER AÑO

ATENCIÓN MÉDICA ADULTO CONSULTA EXTERNA	17	CICLO 2
ATENCIÓN MÉDICA NIÑO CONSULTA EXTERNA	17	CICLO 2
ATENCIÓN GINECO-OBSTET. CONSULTA EXTERNA	17	CICLO 2

SEXTO AÑO. Disciplina SERVICIO SOCIAL

ATENCIÓN MED. GRAL. INT. CONSULTA EXTERNA	17	CICLO 2
ESTUDIO MÉDICO INTEGRAL FAM.	6	CICLO 2
TERAPÉUTICA	4	CICLO 2
FISIOPATOLOGÍA EXPERIMENTAL I	12	CICLO 2
SALUD OCUPACIONAL	2	CICLO 2

CUARTO AÑO

ATENCIÓN ADULTO EN URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN	35	CICLO 3
ATENCIÓN NIÑO EN URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN	17	CICLO 3
ATENCIÓN GINECOLÓGICA Y OBSTÉTRICA EN URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN	17	CICLO 3
FISIOPATOLOGÍA EXPERIMENTAL II	6	CICLO 3
MEDICINA LEGAL EN MEXICO	6	CICLO 3

SEXTO AÑO. Disciplina SERVICIO SOCIAL

QUINTO AÑO			
INTERNADO ROTATORIO DE PREGRADO	70	CICLO 4	
AÑO	SEXTO		
SERVICIO SOCIAL MODULO: SERVICIO SOCIAL			

MAPA CURRICULAR DE SERVICIO SOCIAL

MODULO: SERVICIO SOCIAL

Año: 6to.	Duración en semanas: 52
Nivel académico:	Tercero
Carácter:	Obligatorio
Ubicación:	Área asignada
Módulos antecedentes:	Internado acreditado
Área :Terminal, Internado y Servicio Social	

MODELO EDUCATIVO DE LA CARRERA DE MÉDICO CIRUJANO DE LA FES-ZARAGOZA, UNAM.

La carrera de Médico Cirujano de la ENEP/FES Zaragoza surge en la segunda mitad de la década de los años 70, como una escuela innovadora en la formación de profesionales para el primer nivel de atención, con capacidad de resolución de problemas de salud, individual y colectiva, exigibles al Médico General. A la fecha la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza preserva como valor esencial de la disciplina médica de prevenir, antes que curar o rehabilitar las complicaciones de salud; por ello se propone recuperar el carácter profesional del título de la “Medicina General”, considerada como la forma de ejercicio más racional de la disciplina médica por la OMS.

Los médicos que egresan de la FES. Zaragoza, son competentes en la praxis de la medicina general, además de estar habilitados técnica y científicamente para optar por la continuidad en estudios de postgrado.

El modelo educativo que ejercemos, se sustenta en las disciplinas y se organiza por módulos con la finalidad de atender los problemas prioritarios de salud de los mexicanos; a través de los paradigmas pedagógicos constructivistas. La formación de Médicos en la FES-Zaragoza, se encuentra centrada en el alumnado y busca alcanzar una formación integral, es decir, útil y éticamente diseñada en beneficio de los egresados y la sociedad que los requiere.

Para alcanzar este objetivo, el profesorado actúa como facilitador del conocimiento, a través de la innovación de métodos educativos que permitan a los alumnos y las alumnas desarrollar, de lo sencillo a lo complejo, habilidades y capacidades indispensables de la profesión médica. Así, la enseñanza y el aprendizaje se ejecutan tanto conceptualmente como en la práctica.

Desde el primer año de su preparación, el alumno aprende –haciendo frente a problemas reales y concretos que involucran personas, a quienes debe tratar responsablemente, aplicando el humanismo y la ética profesional. De este modo, se garantiza que el aprendizaje deje una huella cognoscitiva en el alumno, toda vez que aprende que la información sistematizada y lógicamente integrada le permite resolver problemas de salud.

La implementación de este currículo integrativo se basa en los siguientes principios pedagógicos: 1) enseñanza significativa de la teoría; 2) enseñanza tutorial de la práctica; 3) enseñanza temprana de la clínica; 4) enseñanza integrada básicas –aplicadas, 5) enseñanza de la atención integral a la salud; 6) integración docencia-asistencia; 7) integración multidisciplinaria, y 8) integración docencia-servicio-investigación. Para todo ello, la FES Zaragoza fue dotada de un sistema de siete clínicas multidisciplinarias.

En este sentido, debe subrayarse el interés porque el alumno genere su propio conocimiento, bajo la supervisión del profesor, ya que la independencia del alumno en la creación de soluciones es un objetivo básico del proceso de enseñanza. La autogestión, capacidad crítica y creativa son capacidades esenciales del Médico General que formamos.

La teoría está constituida por el conjunto de disciplinas biomédicas, clínicas, psicomédicas y sociomédicas que dan fundamento científico a la práctica médica, mientras que la práctica misma, está organizada para el desempeño de las funciones del Médico General.

PERFIL PROFESIONAL DEL EGRESADO

1. Es un médico general que se desempeña en el primer nivel de atención proporcionando promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento a los problemas de salud que afectan los diferentes aparatos y sistemas, en los diferentes grupos de edad.

La atención médica que brinda es de carácter continuo e integral. En su caso, ofrece atención provisional y refiere a los pacientes que requieran de un segundo o tercer nivel de atención. Da atención inicial a las urgencias médicas más frecuentes.

Conoce los principales problemas de salud que ocurren en las diferentes etapas del ciclo de vida de la población de nuestro país y los programas vigentes para la atención de los mismos.

2. Mantiene un juicio clínico basado en evidencias científicas.

Posee una sólida formación en ciencias biomédicas básicas, como fundamento de su práctica clínica.

Desarrolla habilidades y destrezas teórico-prácticas para la solución de problemas clínicos.

3. Se conduce con actitud ética, humanista y responsable ante el paciente y sus familiares.

Su práctica profesional es adaptable a la diversidad sociocultural y económica de nuestro país.

Reconoce y atiende situaciones de prejuicios de género y de otro tipo en el proceso de atención a la salud.

4. Asume una actitud autocrítica de los resultados de su propia práctica, está motivado para continuar con su formación respecto a los avances científicos de la medicina y es sensible a los cambios sociales y culturales determinantes del proceso salud enfermedad.

Puede optar por estudios de posgrado y/o actividades de investigación, de acuerdo con su preferencia y preparación académica.

5. Aplica las estrategias de la epidemiología y la bioestadística como apoyo a la investigación clínica y comunitaria. Tiene el suficiente dominio del inglés para acceder a la literatura científica actualizada.

6. Utiliza los diversos recursos de la informática médica y las telecomunicaciones como apoyo en la atención de sus pacientes, la comunicación con otros integrantes del equipo de salud, además de que puede de aplicarlos para su propia actualización médica.

7. Conoce el marco legal que rige la práctica médica en nuestro país y ajusta su desempeño profesional con respecto a éste.

8. Interacciona de manera armoniosa y colaborativa con los demás integrantes del equipo de salud con el propósito de realizar interconsultas, referencias, contrareferencias y cooperaciones para la mejor atención del paciente.

9. Se integra al trabajo de equipo multidisciplinario en proyectos para la resolución de los problemas de salud individuales, familiares y comunitarios.

PERFIL DEL PROFESOR

A pesar que durante el servicio social, el médico pasante se encuentra al frente del centro de salud y la comunidad, en caso de contar con un directivo o profesor, este debe de cumplir con los siguientes requisitos:

1. Tener cédula profesional de la licenciatura en medicina y, en su caso, cédula de especialidad.
2. Estar adscrito al establecimiento para la atención médica donde se ubica el campo clínico, con pacientes a su cargo.
3. Tener como mínimo dos años de adscripción en la institución de salud.
4. Tener formación y actualización docente dentro de los últimos tres años o, en su caso, tomarlos previo a su incorporación al programa correspondiente.
5. Estar en posibilidad de cumplir con las actividades docentes dentro de su jornada laboral, de acuerdo con los reglamentos de la institución de salud en cuestión.
6. El personal directivo no puede participar como profesor de campos clínicos.
7. Para la organización de la enseñanza en los campos clínicos, las autoridades de la institución de salud preverán que los profesores:
 - Proporcionen a los alumnos enseñanza tutorial sin exponerlos a actividades sin asesoría y supervisión que impliquen responsabilidad legal.
 - Desarrollen los programas académico y operativo correspondientes, así como las actividades académicas complementarias.

Contribución de la disciplina al logro del perfil del egresado

Contribución del servicio social para el logro del médico definido en el perfil profesional:

Formación para el ejercicio de la medicina general: Todos los médicos pasantes contribuyen a la atención médica en el primer nivel de atención, la mayoría de ellos en centros de salud rural de los diferentes estados de la República o en áreas marginadas del Distrito Federal; atienden a familias de la comunidad de un poblado determinado, lo que implica que tienen que brindar atención a todos los miembros de la familia, aplicando los conocimientos adquiridos para integrar diagnósticos: sintomático, sindromático, nosológico e integral y dar un tratamiento integral.

De este modo, el médico pasante aplica de manera integral, en el paciente, todos los conocimientos adquiridos, entendiéndolo como un ser bio-psico-social, en su contexto familiar y social

Formación para la atención integral a la salud en el ámbito de la medicina general: El Servicio Social contribuye a que los médicos pasantes otorguen a la comunidad asignada atención médica integral, aplicando los conocimientos adquiridos en los años anteriores y que le permiten realizar medidas de promoción y protección de la salud en el ámbito individual, familiar y comunitario. El integrarse a las comunidades le permite conocer el escenario socioeconómico y cultural en que ocurren los problemas de salud y, el ser parte del mismo, le permite comprender a fondo como se determina la problemática de salud y así participar en acciones, con bases científicas y metodológicas, adecuadas para mejorar las condiciones de salud de la población.

Formación propedéutica para la investigación y la docencia: Para cumplir con este propósito, el abordaje conjunto de Epidemiología, Salud Pública y Socio-medicina desde el inicio de la carrera, además de iniciar al estudiante en los principios teórico-metodológicos de la investigación científica del proceso de salud enfermedad en la población, conjuga

la teoría y la práctica, realizando investigación e intervenciones con trabajo comunitario, los cuales integra durante el año de servicio social en la población asignada, ya sea dentro del Distrito Federal o en áreas rurales y marginadas de los diferentes estados de la República Mexicana.

Todo esto le permite desarrollar su sentido crítico y la iniciativa para la adecuada solución de algunos de los problemas comunitarios. El realizar programas de intervención con las diferentes comunidades le permite desarrollar, de manera significativa, su función educativa y didáctica y su autoaprendizaje.

ANTECEDENTES DE LA DISCIPLINA

El Servicio Social en México se genera por necesidades sociales en el área de la salud, los primeros datos que se tienen de la realización de servicio social fueron durante la revolución de 1910 donde personas voluntarias ofrecían sus servicios para atender a los heridos.

El primer antecedente oficial del Servicio Social se encuentra en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917. En el artículo 3° se refiere que: “la educación que imparta el Estado tenderá a desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano y fomentará en él, a la vez, el amor a la Patria, el respeto a los derechos humanos y la conciencia de la solidaridad internacional, en la independencia y en la justicia”, dando con esto origen al fundamento filosófico del Servicio Social.

En 1929, secundario al movimiento para lograr la autonomía universitaria, el presidente Portes Gil afirma que, una vez lograda ésta, se implante el servicio social obligatorio para los estudiantes.

En 1935, en el primer Congreso Nacional de Higiene Rural celebrado en Morelia, Michoacán, se elaboraron dos recomendaciones que influyeron de forma definitiva en el surgimiento del servicio social. Una de ellas propuso el incremento de los servicios médicos ejidales cooperativos en Ciudad Anáhuac, Nuevo León y en Zacapu, Michoacán. La otra, referida a la distribución de médicos en el país, consiguió llevar servicios médicos a poblaciones carentes de los mismos.

En 1936, el Dr. Gustavo Baz Prada, siendo director de la escuela de medicina de la UNAM, organiza la primera brigada médica para ofrecer servicios de salud a la comunidad de Atlixco, Puebla. Posteriormente, en 1938, como Rector de la UNAM, instituye el servicio social de 5 meses de duración, con carácter de obligatorio para todos los pasantes.

En 1938, la Escuela Superior de Medicina Rural del Instituto Politécnico Nacional, bajo el gobierno del General Lázaro Cárdenas surge, desde su origen, con un proyecto de Servicio Social que fue heredado por la actual Escuela Superior de Medicina.

En 1942 se modifica el artículo 5° Constitucional, agregando los servicios profesionales de índole social y señalando su obligatoriedad.

En el año de 1945 surge la Ley Reglamentaria relativa al ejercicio de las profesiones. En ella queda establecido lo siguiente: “Se entiende por Servicio Social, el trabajo temporal y mediante retribución que ejecuten y presten los profesionistas y estudiantes en interés de la sociedad y el estado”. También se establece la obligatoriedad del Servicio Social por seis meses para todas las profesiones.

En el año de 1957 la UNAM y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) firman un convenio donde el servicio social se incrementa a 12 meses

En 1978 se crea la Comisión Coordinadora de Servicio Social de Estudiantes de Educación Superior (COSSIES) cuyo objetivo es crear programas de servicio social.

El 30 de marzo de 1981 se publica en el Diario Oficial el reglamento para la prestación de servicio social para los estudiantes de las instituciones de educación superior a través de la COSSIES.

En 1982 se le da voz a las instituciones de educación superior en el área médica para participar en la planeación, asesoría, supervisión, control y evaluación de los alumnos que realizan su servicio social

En 1983, se crea la Comisión Interinstitucional para la formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHUS); este órgano tiene como propósito la concertación de acciones que involucren a los dos sectores, el Educativo y el de Salud, buscando soluciones equitativas y eficientes (Diario Oficial del 07 de febrero 1984), y que hasta la fecha coordina las acciones de servicio social en materia de salud.

En 1985 desaparece la COSSIES y aparece, dentro de la Secretaria de Programación y Presupuesto, la Secretaría de Apoyo al Servicio Social, misma que se transforma en la Dirección General de Apoyo al Servicio Social (DASS).

En 1992 se emiten las recomendaciones, con programas y normas para el desempeño del servicio social, que nos rigen hasta la actualidad.

Cada estado de la república, además de los artículos constitucionales para el desarrollo de servicio social, tiene su propio reglamento.

Lo anterior da origen a la formación de la Comisión para la elaboración de un Proyecto de la Norma Oficial Mexicana **PROY-NOM-009-SSA-2009**, para la homogeneización de criterios, que hasta la fecha se sigue trabajando. Colaboran el Consejo de Salubridad General de la Secretaría de Salud, la Secretaría de Educación Pública, la Dirección General de Educación Superior Universitaria, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, la Universidad Nacional Autónoma de México, el Instituto Politécnico Nacional y la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM, A.C.)

Dentro de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, desde su inicio integra, en el plan modular en el sexto año, el Servicio Social, bajo la normatividad de la Legislación Universitaria, la Constitución y actualmente de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos.

OBJETIVOS DEL PLAN DE ESTUDIOS DE LA CARRERA DE MEDICO CIRUJANO

- Formar un profesional de la medicina socialmente útil, promoviendo al mismo tiempo el pleno desarrollo de sus potencialidades.
- Conjuguar la capacitación para el trabajo con la formación de la conciencia, procurando que el egresado, en cuanto profesionista, promueva la realización de los más altos valores científicos y humanísticos de la medicina, y en cuanto ciudadano, se comprometa con las necesidades del desarrollo social.
- Lograr una formación profesional para el ejercicio de la medicina general y formación preparatoria para el ejercicio de las demás especialidades médicas.
- Formar al médico general para realizar funciones profesionales de servicio y preparatorias para docencia e investigación.
- Formar al médico general como profesional de primer contacto encargado de aplicar medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria, orientadas al control de las enfermedades más frecuentes del país, que contribuyan a la preservación y restauración del estado de salud de individuos, familias y comunidades.
- Preparar al médico para coordinar tanto sus tareas dentro de equipos de salud multidisciplinarios como las acciones de estos equipos con las que realizan otros sectores para elevar el nivel general de bienestar de la población.
- Establecer una relación médico-paciente y alumno-profesor que le permita obtener un aprendizaje óptimo dentro de un ambiente disciplinario, profesional y ético.
- Reconocer los límites de su competencia profesional a fin de efectuar la referencia de la paciente a otros niveles de atención.

OBJETIVOS DEL PASANTE DE LA CARRERA DE MEDICO CIRUJANO

Contribuir a la conservación de la salud del país, proporcionando servicios de tipo profesional a través de los establecimientos del sector público, en el primer nivel de atención, abarcando todos los grupos de edad mediante la realización de actividades de promoción para la salud, prevención con asistencia directa, educación e investigación para la salud, control y fomento sanitario, con base en las necesidades de la población y los objetivos de los programas sectoriales de salud y educativos.

Colaborar al desarrollo de la comunidad especialmente en el medio rural, en las zonas marginadas urbanas y en aquellas con mayores carencias de servicios de salud, en los campos de promoción de la salud, prevención y curación de enfermedades, rehabilitación, investigación y docencia.

Contribuir a la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad materno-infantil, mediante acciones preventivas de salud y de atención médica durante el embarazo, parto, puerperio y el primer año de vida del niño, fomentando el autocuidado de la salud.

Actualizar el diagnóstico de salud de la comunidad asignada.

Priorizar los problemas de salud de la comunidad y, en conjunto con las autoridades, realizar un proyecto de intervención para conservar y mejorar la salud de la población, en los alcances que brinde el sistema nacional de salud.

Contribuir a la preparación y consolidación profesional del estudiante, propiciando la formación y el fortalecimiento de una conciencia de solidaridad social, de acuerdo al plan de estudios de la carrera.

MARCO JURÍDICO DEL SERVICIO SOCIAL

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Artículo 5°.

“... Los servicios profesionales de índole social serán obligatorios y retribuidos en los términos de la Ley y con las excepciones que ésta señale”.

Ley reglamentaria del artículo 5o. Constitucional. Capítulo VII, artículos 52 al 59 y 85. Señala, entre otros aspectos, la obligatoriedad para todos los estudiantes de las profesiones a que se refiere, para prestar el servicio social

Artículo 52.

Todos los estudiantes de las profesiones a que se refiere esta ley, así como los profesionistas no mayores de 60 años, no impedidos por enfermedad grave, ejerzan o no, deberán prestar el servicio social en los términos de esta ley.

Artículo 53.

Se entiende por servicio social el trabajo de carácter temporal y mediante retribución que ejecuten y presten los profesionistas y estudiantes en interés de la sociedad y el estado.

Artículo 55.

Los planes de preparación profesional, según la naturaleza de la profesión y de las necesidades sociales que se trate de satisfacer, exigirán a los estudiantes de las profesiones a que se refiere esta ley. Como requisito previo para otorgarles el título, que presten servicio social durante el tiempo no menor de seis meses, ni mayor de dos años.

No se computará en el término anterior el tiempo que, por enfermedad u otra causa grave, el estudiante permanezca fuera del lugar en que debe prestar el servicio social.

Artículo 59.

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

Artículo 85.

El servicio social de los estudiantes quedará al cuidado y responsabilidad de las escuelas de enseñanza profesional, conforme a sus planes de estudio.

Ley General de Salud. Publicada en 1984, capítulo II, artículos 84 a 88. Aquí

Establece, entre otros, que el servicio social de las carreras de la salud debe realizarse en unidades aplicativas del primer nivel de atención, prioritariamente en áreas de menor desarrollo económico y social

Artículo 84.

Todos los pasantes de las profesiones para la salud y sus ramas deberán prestar el servicio social en los términos de las disposiciones legales aplicables en materia educativa y de las de esta ley.

Artículo 85.

Los aspectos docentes de la prestación del servicio social se regirán por la operatividad que establezcan las instituciones de educación superior, de conformidad con las atribuciones que les otorgan las disposiciones que rigen su organización y funcionamiento y lo que determinen las autoridades educativas competentes.

Artículo 86.

Para los efectos de la eficaz presentación del servicio social de pasantes de los profesionales para la salud, se establecerán mecanismos de coordinación entre las autoridades de salud y las educativas, con la participación que corresponde a otras dependencias competentes.

Ley General de Educación. Capítulo II, art. 24. Los beneficiados directamente por los servicios educativos deberán prestar servicio social, en los casos y términos que señalen las disposiciones reglamentarias.

(De estos instrumentos se desprenden los específicos de cada entidad federativa y en general se apegan al marco de los que son de aplicación federal.)

Reglamento para Prestación del Servicio Social de los Estudiantes de las Instituciones de Educación Superior en la República Mexicana.

(Publicado en el diario oficial de la federación el 30 de marzo de 1981)

Para establecer la normatividad base para la realización del servicio social en medicina en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES-Zaragoza), dada sus características se ha conformado el presente programa.

REGLAMENTO DE SERVICIO SOCIAL

Disposiciones Generales

1. La prestación del servicio social, por parte de los médicos pasantes de la Facultad de Estudios Superiores, tiene como bases y lineamientos los establecidos en el presente reglamento interno, de conformidad con lo estipulado en los artículos 4° y 5° Constitucionales; los artículos 84, 85 y 86 de la Ley general de Salud; los artículos 52 a 56 y 59 de la Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional; Capítulo IV, artículo 21 y 22, Capítulo V, la Legislación Universitaria y demás reglamentos y normas que rigen.
2. La aplicación del presente reglamento será responsabilidad de la Jefatura de la Carrera de Médico Cirujano de la FES-Zaragoza a través de la Coordinación del Área Terminal, Internado y Servicio Social, fundamentada en las normas operativas vigentes en la Dirección General de Enseñanza en Salud.
3. Se entiende por Servicio Social (SS), el trabajo de carácter temporal y mediante retribución que ejecuten y presten los estudiantes en el último año de la carrera de médico cirujano, tendientes a la aplicación e integración de los conocimientos adquiridos en los años previos de su formación y que impliquen el ejercicio del quehacer en las áreas médicas en beneficio e interés de la sociedad y el Estado Art. 3 del reglamento interno del Servicio Social.

4. La duración del servicio social para los estudiantes de la Carrera de Médico Cirujano de la FES-Zaragoza, UNAM, se establece de doce meses cumplidos. Sólo los casos que mostradamente lo ameriten serán reconocidos con una duración de menos tiempo por la institución donde realizan su Servicio Social, siempre que no sea menor de seis meses y revisado el caso por el Comité Académico de carrera, pudiendo complementar el resto donde sea reubicado por la CIFRHS, siempre y cuando se cuente con la plaza con las características adecuadas.
5. El servicio social se realizará exclusivamente en las unidades médicas que la carrera de Médico Cirujano de la FES-Zaragoza determine, en coordinación con el Sistema Nacional de Salud y la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos (CIFRHS).
6. Para realizar el Servicio Social, el pasante deberá haber cubierto el 100% de los créditos de los módulos, haber cumplido con las actividades académicas del Plan de estudio vigente de la carrera y haber aprobado el examen profesional teórico-práctico.
7. El Servicio Social se realizará en unidades médicas del territorio mexicano que pertenezcan al primer nivel de atención a la salud de las instituciones del sector público que dan servicio a población abierta, en poblaciones rurales dispersas y en áreas de menor desarrollo económico-social, que cuenten con las condiciones de infraestructura y material para la atención, autorizadas por el Sistema Nacional de Servicio Social y la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos...

8. La prestación del Servicio Social se realizará en forma becaria, principalmente en institución de salud, por lo que el pasante adquiere las obligaciones y los derechos que de acuerdo a su condición le correspondan.

9. La retribución del servicio social se apegará a lo dispuesto en la Ley Reglamentaria de los Artículos 4° y 5° Constitucionales y su reglamento, así como a lo establecido al respecto en la normatividad de la institución de adscripción.

10. El inicio del servicio social se considera a partir del 1° de febrero de cada año y su término oficial el 31 de enero del año próximo posterior.

11. Solo podrán realizar el Servicio Social en el área Metropolitana los estudiantes que tramiten, en tiempo y forma, una plaza especial que cubra los siguientes incisos:
 - a) Cuando tengan un problema de salud cuyo diagnóstico, tratamiento o rehabilitación requieran un manejo especializado. El análisis del expediente lo realiza la CIFHRS y emitirá su dictamen con carácter irrevocable. Para lo anterior el médico pasante entregará a la coordinación de Área Terminal, solicitud de carta de no inconveniente, copia de todos los documentos probatorios del padecimiento (carnet de citas, nota inicial, notas

de referencia y contrareferencia a primero, segundo y tercer nivel, interconsultas, exámenes de laboratorio y gabinete actualizados, historia clínica, etc. De institución pública, todos los documentos deberán llevar sello y firma de la institución así como aval por la dirección).

- b) Trabajadores al servicio de la Federación o de los gobiernos de los estados, deberán tramitarse y ser autorizadas por la institución de trabajo, en tiempo y forma, y avaladas correctamente ante la CIFRHS. La Facultad únicamente emite la carta de no inconveniente, previa entrega de la solicitud y documentos probatorios oficiales del trabajador (fotocopia del tarjetón de pago con mínimo un año de antigüedad, copia del IFE y copia del CURP)
- c) Plaza de investigación, que cumpla todos los requisitos de la convocatoria y ser autorizados por la CIFRHS.

12. Las relaciones internas entre los pasantes y la institución de adscripción dependerán de la sede receptora y se regirán por la normatividad de la carrera de Médico Cirujano de la FES-Zaragoza y de dicha Institución.

13. La Institución Educativa, en coordinación con las Instituciones de Salud, organizará el Curso Introductorio al Servicio Social, de carácter general, previo a la selección y adscripción de plazas, informando sobre la normatividad, derechos y obligaciones, marco legal y características principales de los campos clínicos de cada estado.

14. El listado de plazas oficiales se establecerá de común acuerdo y con base en los convenios establecidos entre la FES-Zaragoza y las instituciones receptoras de médicos pasantes, las que serán publicadas en cuanto sean autorizadas.

15. La selección de plaza se realizará en un acto público, en el lugar y hora que señale la Jefatura del Área Terminal de Internado y Servicio Social, en coordinación de la Secretaría de Salud y las entidades Federativas involucradas; para dicho fin, la fecha será publicada con anterioridad

16. Las plazas y los promedios, en orden decreciente, serán publicados para señalar el lugar que ocupará el alumno en el acto de selección, utilizando como criterio de ubicación en primer término el promedio global y, como desempate, los promedios de ciclos clínicos, básicos y finalmente orden alfabético de los alumnos regulares, quedando al final por calificaciones decrecientes los alumnos que hayan tomado campo clínico en algún momento y renunciado y estén repitiendo el Servicio Social.

**Requisitos de preinscripción e inscripción al
Programa Nacional de Servicio Social**

1. Los candidatos a realizar el Servicio Social deberán haber cursado y aprobado los 5 años precedentes o estar cursando el Internado Médico de pregrado.
2. Los aspirantes realizaran su **preinscripción** en el área Terminal de Internado y Servicio Social, en el lugar y fecha indicados, al que sean convocados con los documentos siguientes:
 - Registro único de población (**CURP**)
 - Registro Federal de Causantes (**RFC**)
 - Identificación oficial del Instituto Federal electoral (**IFE**)
 - Fotografía tamaño credencial rectangular de frente blanco y negro (formales)
 - Llenar hoja de preinscripción
 - Los trabajadores de base de alguna institución de salud, último tarjetón de pago
3. La coordinación integrará la base de datos de todos los candidatos y enviará la lista, en tiempo y forma, a la CIFRHS, ajustándose a las fechas establecidas por dicha institución.

4. En las fechas indicadas por la CIFRHS, los aspirantes a Servicio Social realizarán su inscripción oficial al Sistema Nacional de Servicio Social, en la página que se indique y publique para tal efecto, dgces.salud.gob.mx/siass
5. La selección de campos clínicos para Servicio Social se llevará a cabo en acto público dentro de la facultad, en la fecha acordada con la CIFRHS.
6. Los Campos clínicos para Servicio Social, serán únicamente los autorizados por la CIFRHS y que se encuentren en el Catalogo Nacional.

CATÁLOGO DE PLAZAS O CAMPOS CLINICOS DE SERVICIO SOCIAL

- a) **La elaboración del catálogo de plazas** será realizado por la Secretaria de Salud del Gobierno Federal, fundamentado en las normas operativas de la Secretaria de Salud del Gobierno, aprobadas en la VIII Reunión de Trabajo de la CIFRHS, en mayo de 1986.
- b) **Los campos clínicos** serán acordes con los objetivos de atención primaria a la salud, principalmente las contenidas en el Sistema Nacional de Salud, dentro de las siguientes prioridades: población rural dispersa, población rural concentrada y población urbana marginada, con la siguiente clasificación de unidades médicas:
- **Tipo “C”:** unidades de atención a población rural con las siguientes variantes:
 - Unidades auxiliares de salud en áreas rurales de difícil acceso, con población dispersa de 500 a 1,000 habitantes.
 - Unidad móvil de salud que estará adscrita a la jurisdicción o a centros de salud estratégicamente ubicados y contará con un vehiculo para el transporte del personal, atiende las necesidades de población de difícil acceso y con población dispersa.

- Centro de Salud rural, (Población dispersa) unidades de atención a población dispersa, ubicadas en localidades de 1,000 a 2,500 habitantes.
- Unidades rurales concentradas de atención a población abierta ubicadas en localidades de 2,500 hasta 5,000.
- **Tipo “B”:** unidades de atención a población concentrada, localizadas en áreas rurales de más de 2,500 hasta 15,000. unidades con uno a seis consultorios
- **Tipo “A”:** unidades de atención a población urbana, ubicadas en localidades de más de 15,000 habitantes, preferentemente en áreas de menor desarrollo económico y social.
- Estar ubicadas en localidades que cuenten con sistemas de transportación cuya distancia en tiempo a centros de segundo nivel de atención no sea mayor a dos horas.
- Contar con los servicios y la infraestructura mínimos que aseguren la permanencia del prestador de servicio y la calidad de atención médica en el primer nivel de atención; siendo estos:

c) **Los Servicios mínimos:** energía eléctrica, gas doméstico, agua potable y drenaje o equivalente.

- d) **Características físicas de la unidad:** áreas definidas y separadas para la consulta y la atención extra hospitalaria; habitación y baños para el pasante, bien ventilados, con adecuado mantenimiento de instalaciones y sistemas de seguridad como chapas y cercados.
- e) Equipo y material para brindar atención de primer contacto y seguimiento de pacientes en el primer nivel de atención.
- f) El catálogo anual de plazas para el año fiscal se elaborará en el mes de mayo de cada año, considerando las prioridades de las Instituciones de Salud de cada Entidad Federativa y del egreso de médicos pasantes de las Instituciones Educativas,
- g) Los horarios de atención en las unidades son:
- Plaza tipo A desarrolla actividades de lunes a viernes durante 8 hrs. diarias.
 - Plaza tipo B Desarrolla actividades de lunes a sábado durante 8 hrs. diarias con derecho a beca.
 - Plaza tipo C Desarrolla actividades a tiempo exclusivo, disponible las 24 hrs. del día, con derecho a beca.
 - Plazas del programa universitario estará sujeto a las necesidades del Servicio en horario no mayor a 8 hrs. diarias de lunes a viernes. Sin derecho a beca.

La información es proporcionada a las Instituciones de Salud de la Entidad Federativa correspondiente y a las instituciones Educativas con los siguientes datos:

- Institución de Salud

- Carrera
- Período
- Jurisdicción (S.S.A.)
- Municipio
- Localidad
- Tipo de plaza
- Tipo de unidad
- Tipo de asignación
- Número de plaza

REQUISITOS PARA LA ASIGNACIÓN DE CAMPO CLINICO DE SERVICIO SOCIAL

1. Sin excepción, todos los aspirantes a realizar su Servicio Social deberán presentar los siguientes documentos, sin los cuales no podrá seleccionar plaza, en el entendido de que no hay apartado de lugares, no se puede postergar el evento ni podrán acudir al final, ya que una vez finalizado se levanta el acta la cual es firmada por los funcionarios presentes, y los campos clínicos restantes quedarán a disposición de la Secretaria de Salud:
 - Carta original del 100 % de créditos (constancia de calificaciones)

- Copia de la constancia de término del Internado Médico de Pregrado.
 - Cuatro fotografías tamaño credencial, blanco y negro (formales)
 - Original de la inscripción al Programa de Servicio Social (SIASS)
 - Los correspondientes con la administración escolar.
 - Identificación oficial con fotografía (IFE, Pasaporte, Cartilla militar)
 - Presentarse en la fecha, hora y forma que se le indique para el evento público de selección de plazas.
2. Una vez seleccionada la plaza se procede a la recepción de documentos y se le hace entrega de la Carta de Asignación, por duplicado: una para el alumno y otra para la institución de salud correspondiente, mismas que deberán llevar las firmas autorizadas.
3. Las unidades receptoras autorizarán el inicio del Servicio Social únicamente a los pasantes que presenten la Carta de asignación. Si el alumno no cumple con alguno de los requisitos o etapas seleccionadas, estará en el entendido de que renuncia al proceso de selección, por lo cual pierde cualquier derecho.

4. El otorgamiento de plazas vacantes de Servicio Social, una vez concluido el período regular de adscripción de los pasantes, será realizada por la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado, con base en las normas y procedimientos relativos al otorgamiento de vacantes.
5. Cuando, por necesidades del servicio, la institución receptora del pasante requiera realizar un cambio de adscripción en una plaza diferente a la señalada en la Constancia de Adscripción y Aceptación del Servicio social en el Sector Salud, el médico pasante deberá verificar que dicha plaza esté contemplada en el catálogo estatal autorizado; la institución receptora deberá recabar una carta de aceptación del pasante así como un oficio de aprobación de la escuela; una vez cubiertos estos requisitos, se efectuará el cambio y se informará a los Servicios Estatales de Salud, en un lapso no mayor de 15 días después de efectuado el cambio.

Atención de Incidentes:

1. Se entiende por incidencia a la irregularidad que puede ocurrir durante el desarrollo del Servicio social y que afecta su cumplimiento dentro de los lineamientos regulares, tales como: cambio de adscripción, baja, sanciones o continuación del servicio social.
2. Los cambios de adscripción serán autorizados **por la institución de Salud dentro de la misma y de preferencia dentro del mismo Estado**, a solicitud por escrito del pasante, previo acuerdo con la FES-Zaragoza cuando:

- a) Se encuentre en riesgo la vida del pasante.
- b) Se afecte la integridad física y emocional del pasante.
- c) Compruebe que se trasgredieron sus derechos como pasante.
- d) Por motivos de salud no pueda continuar en el lugar de adscripción.
- e) Haya situaciones de acoso sexual.

La autorización de cambios será validada por la Secretaría de Salud y notificada a la carrera de Médico Cirujano, FES-Zaragoza; en los casos a) y b) el cambio será inmediato.

3. Las solicitudes de cambio recibirán respuesta por la Institución de Salud ó administrativa a más tardar en siete días naturales después de haber sido recibida dicha solicitud en la Institución de Salud Estatal.
- La solicitud de cambio de adscripción, **por parte del pasante**, deberá ser realizada ante la autoridad de la institución receptora correspondiente, contemplando los siguientes requisitos:

- Especificar causa, periodo, plaza asignada, institución educativa de procedencia, con copia a la FES-Zaragoza, UNAM
- Anexar a la solicitud la carta de autorización por parte de la carrera de Médico Cirujano de la FES-Zaragoza.

4. Autorizado el cambio, debe firmar una nueva carta de adscripción y aceptación.

5. La baja, entendida como la suspensión definitiva de la pasantía, puede ser por:

a) Renuncia voluntaria:

- Deberá ser notificada por escrito ante la autoridad de salud inmediata, con copia al Área Terminal, Internado y Servicio Social de la carrera de Médico Cirujano, FES-Zaragoza
- En caso de haber cubierto el 50% o más del tiempo reglamentario, la **institución de salud** otorgará una constancia de cumplimiento parcial, avalado por los Servicios Estatales de Salud.

- En cualquier caso de renuncia voluntaria, el pasante **no** tendrá derecho a reubicación en ninguna institución, ni derecho a las vacantes de la Secretaría de Salud

b) Indisciplina:

Cuando se trate de pasantes que se hagan acreedores a suspensión del servicio social mediante la aplicación de las medidas disciplinarias que se señalan en el presente reglamento, respetando los convenios con la FES-Zaragoza, UNAM y de común acuerdo entre las instituciones de salud y educativa, levantando el acta correspondiente, de la cual se enviará copia a la DGES-SSA.

c) Defunción:

Cuando ocurra el fallecimiento de un pasante.

6. Las sanciones a las cuales pueden hacerse acreedores los pasantes son las estipuladas por las normas que rigen las medidas disciplinarias descritas en este manual.
7. Cuando un pasante haya interrumpido su servicio social, por causas diferentes a las de índole disciplinario y solicite reiniciarlo, se le autorizará otro período similar para continuar el servicio social, siempre y cuando haya cubierto y compruebe cuando menos el 50% del tiempo reglamentario, de lo contrario deberá cubrir el período completo en promociones posteriores.

La solicitud deberá ser enviada a la Dirección General de Enseñanza en Salud, a través de la FES-Zaragoza y presentar la justificación correspondiente, así como los documentos que respalden la solicitud.

DERECHOS Y OBLIGACIONES D ELOS PASANTES

Los estudiantes, durante la prestación del servicio social, tendrán los siguientes derechos y obligaciones que deberán estar documentadas en el convenio de colaboración entre la FES Zaragoza- UNAM y los Servicios de Salud Estatales de las diferentes Instituciones de Salud.

Derechos de los médicos pasantes en servicio social:

- a) Recibir la beca económica correspondiente conforme a las tablas de cada institución de salud

- b) Disfrutar de dos periodos vacacionales de diez días hábiles cada uno, no consecutivos y de acuerdo al calendario aprobado por las autoridades respectivas en las Instituciones de adscripción.

- c) Disfrutar de licencia por gravidez por un término de 90 días naturales, distribuidos de la siguiente manera: treinta días antes y sesenta días después de la fecha probable de parto, sin detrimento en el pago de la beca, ni del cómputo en el tiempo de servicio.

- d) Tener un día de descanso a la semana, determinada por la institución receptora y de común acuerdo con el médico pasante.

- e) Recibir durante el servicio social: asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria y medicamentos de la institución a la cual estén adscritos; se harán extensivos a sus dependientes económicos en línea directa.

- f) Previo aviso a su jefe inmediato y siempre que sea por causas de salud o de fuerza mayor, podrá ausentarse de su unidad de adscripción, debiendo justificar dicha causa mediante la presentación, tanto a la institución de salud como al Área Terminal, Internado y Servicio Social de la carrera de Médico Cirujano, de la constancia de enfermedad correspondiente o justificación de la causa de ausencia.

- g) Cuando sufra algún accidente en el cumplimiento de sus actividades dentro del servicio social y de este resulte una incapacidad total o parcial, recibirá de la institución a la que este adscrito una cantidad equivalente a la prescrita para la responsabilidad civil por causa contractual, de acuerdo con lo que señale el Código Civil del Distrito Federal en materia común, y para toda la República en materia federal.
- h) Tener seguro de vida o en su defecto el compromiso de la Institución receptora de que, en caso de defunción, los beneficiarios recibirán como mínimo la cantidad correspondiente al seguro de vida que otorga la Secretaría de Salud.
- i) Ser tratado en forma atenta y respetuosa por sus superiores, iguales y subalternos, así como ser escuchado por las autoridades respectivas.
- j) Recibir viáticos para asistir a las reuniones convocadas por la Institución receptora, siempre que su asistencia le implique desplazarse de su unidad de adscripción.
- k) Realizar el servicio social en la plaza de asignación original, salvo en los casos que se plantean en el capítulo de incidencias de este reglamento.

- l) Disfrutar de permisos para realizar trámites académico-administrativos, acordados previamente por la institución de salud y la FES-Zaragoza, sin menoscabo de sus períodos vacacionales ni del cómputo de tiempo del servicio social.

- m) Realizar sus actividades como prestador de servicios exclusivamente en la unidad de adscripción y área de Influencia, desarrollando sólo actividades que correspondan a su cargo y nivel de atención.

- n) Que se le otorgue **oficio de terminación de Servicio Social**, por parte de la institución receptora a la estuvo adscrito los doce meses en la plaza de servicio social.

- o) Que la institución receptora le reciba el Informe final quince días antes del término del Servicio Social y le dé aprobación a más tardar el último día del mismo.

- p) Derecho a contar con un asesor para la realización del Informe Final de Servicio Social, desde el inicio del servicio, asignado por la Coordinación del Área Terminal de Internado y Servicio Social.

- q) Derecho a tramitar, en tiempo y forma, su inscripción al Sistema Nacional de Residencia Médica.

Obligaciones de los médicos pasantes en servicio social:

- a) Cumplir, en todos los términos, con el Programa Académico para el Servicio Social y los programas operativos de servicio social, así como asistir a las reuniones a las que sean convocados por sus jefes inmediatos de la institución receptora.
- b) Comunicar de inmediato a sus superiores de la Institución de Salud y a la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, a través de la coordinación del Área terminal de Internado y Servicio Social, por escrito, cualquier irregularidad que se observe en el servicio.
- c) Dirigirse con respeto a sus superiores, iguales y subalternos, al igual que a los pacientes, familiares de éstos y a la población en general.
- d) Ser responsable del manejo de documentos, valores, efectos e instalaciones que tengan bajo su custodia con motivo de sus actividades, siempre que se otorguen las condiciones para ello. Debe tener especial cuidado de revisar minuciosamente todo ello al llegar a la institución receptora
- e) Hacer entrega de los fondos, valores o bienes de cuya administración o guarda sea responsable, en los siete días naturales previos a la conclusión del Servicio Social.

- f) Cumplir con el tiempo de servicio señalado en la constancia de adscripción y aceptación de Servicio Social y con la jornada correspondiente a la plaza.
- g) Responder de los daños y perjuicios que ocasione a los bienes de la Institución receptora en la que preste sus servicios.
- h) Asistir a las reuniones convocadas por las autoridades administrativas y académicas competentes.
- i) Solicitar, en forma escrita y por los conductos adecuados, los recursos necesarios para desarrollar sus actividades en el primer nivel de atención.

Faltas Imputables al Alumno en Servicio Social

Son faltas imputables a los pasantes, siempre y cuando sean comprobables:

1. Distraer su atención durante el horario de servicio para realizar otras actividades distintas a las que se le asignaron.

2. Aprovechar los servicios o personal a su cargo en asuntos particulares o ajenos a los de la institución a la cual estén adscritos.
3. Incurrir en actos de violencia, amagos, injurias o malos tratos contra sus jefes, compañeros o personas de la comunidad, dentro o fuera de las horas de servicio, siempre y cuando sea comprobado.
4. Ausentarse de sus actividades sin justificación, sin autorización escrita de su jefe inmediato o faltar a las reuniones de trabajo sin causa justificada.
5. Sustraer del establecimiento donde preste su servicio social, materiales o medicamentos pertenecientes a la unidad, sin autorización por escrito de sus superiores.
6. Propiciar y celebrar en el establecimiento donde esté adscrito, cualquier reunión ajena a los intereses de la institución receptora.
7. Presentarse bajo los efectos de bebidas embriagantes, estupefacientes o psicotrópicos durante el horario en que preste sus servicios, excepto cuándo los medicamentos sean por prescripción médica.

8. Comprometer con su imprudencia, descuido o negligencia, la seguridad del lugar donde realiza su servicio social o de las personas que allí se encuentran así como causar daños o destruir intencionalmente mobiliario, útiles de trabajo, materiales y demás objetos que estén al servicio de la institución de adscripción.
9. Cobrar por cualquier servicio que esté incluido en sus actividades, así como vender medicamentos para beneficio personal dentro del horario señalado y dentro de los establecimientos donde preste sus servicios.
10. Incurrir en cualquier violación a la ética profesional, a juicio de la institución de Salud y la FES-Zaragoza.

De las Medidas Disciplinarias

1. Todo el que infrinja un precepto reglamentario suscrito anteriormente se hará acreedor de una sanción, de acuerdo con la magnitud de su falta; si constituye un delito quedará el infractor sujeto a proceso, de acuerdo con el Código de Justicia correspondiente.
2. Las medidas disciplinarias que se podrán imponer a los estudiantes en servicio social, consistirán en:
 - a) Amonestación verbal.
 - b) Extrañamiento por escrito.

- c) Cambio de adscripción, con observación de su conducta.
- d) Baja o cancelación del Servicio Social.

a) Amonestación verbal:

La amonestación verbal es el acto por el cual se le advierte al pasante de la omisión o defecto en el cumplimiento de sus deberes, invitándolo a corregirse a fin de evitar que incurra en nueva falta y se haga acreedor a un castigo mayor. La amonestación verbal será en privado y en términos que no denigren al médico pasante, por el director o responsable del establecimiento o áreas de influencia al cual esté adscrito el estudiante; se aplicará cuando haya incumplido lo dispuesto por los numerales 1, 2, 4, 6, 7 y 10 de este reglamento, informando a la Jefatura de Área Terminal, Internado y Servicio Social sobre la medida disciplinaria y el motivo de la misma.

b) Extrañamiento por escrito:

El extrañamiento es la severa observación por escrito que se aplicará al médico pasante en servicio social que haya incurrido en la falta que así lo amerite. El encargado de aplicar el extrañamiento será el director o responsable del establecimiento al cual esté adscrito el pasante y cubriendo en general los aspectos mencionados para la amonestación verbal; una copia se agregará a su expediente personal y otra se enviará al Área terminal, Internado y Servicio Social de la Carrera de Médico Cirujano, FES-Zaragoza.

c) Cambio de adscripción:

El cambio de adscripción con observación de su conducta consiste en el traslado de una unidad médica a otra, bajo vigilancia estricta de su comportamiento y como antecedente inmediato a la cancelación del Servicio Social,

dependiendo de la falta y a criterio de la institución receptora en acuerdo con la FES-Zaragoza; se realizará el cambio de adscripción con observación de su conducta por reincidencia en extrañamiento, por faltas graves que no ponen en riesgo la integridad física o moral de la población o de la institución y en forma inmediata si se pone en alto riesgo dicha integridad.

d) Cancelación del Servicio Social:

La cancelación del Servicio Social solo procederá por acuerdo de la Institución de Salud y la FES-Zaragoza, cuando el estudiante incurra en alguna de las siguientes causales:

- Cuando acumule más de tres faltas injustificadas de asistencia en un periodo de treinta días.
- Por sentencia condenatoria por la comisión de algún delito del orden común.
- Cuando, previo extrañamiento, reincida en la violación a lo dispuesto por los numerales 1, 4 y 6 y a lo señalado en los numerales 3, 4, 7, 8, 9 y 10 de este Reglamento.
- Por incumplimiento del numeral 7, a través de faltas graves a la ética médica.

3. Mientras las partes acuerden si procede la cancelación del Servicio, el estudiante podrá ser suspendido por un plazo no mayor de quince días naturales y, en caso de proceder la cancelación, no será reconocido con Constancia el tiempo que haya permanecido en Servicio Social.
4. Los casos no previstos en el presente Reglamento serán resueltos por la jefatura de la Carrera de Médico Cirujano a través de la Jefatura de Área Terminal, Internado y Servicio Social, en coordinación con la Dirección General de Enseñanza en Salud, de la Secretaría de Salud.

CONTROL DEL PROGRAMA, ASESORIA:

1. La Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, a través de la coordinación del Área Terminal de Internado y Servicio Social, asignará al médico pasante desde el inicio del Servicio Social, un Asesor con el que estará en constante comunicación vía telefónica y por correo electrónico para el seguimiento del Programa de Servicio Social y asesoría técnica del Informe final
2. Los Servicios Estatales de Salud en coordinación con la Institución de Salud, serán responsables de la elaboración, aplicación y evaluación de los Programas Operativos del Servicio Social.
3. Los responsables de la enseñanza de las Instituciones de Salud en la entidad, propondrán a las Instituciones Educativas los asesores del Servicio Social.

EVALUACION Y SUPERVISION DE CAMPOS CLINICOS:

1. Se realizará la evaluación de campos clínicos siguiendo el Programa Nacional de Servicio Social, siendo el pasante el responsable de su llenado, vía electrónica
2. La coordinación, mediante las visitas de supervisión, realizará la evaluación de los campos clínicos acompañados por representantes de enseñanza de cada estado de la Republica
3. Se visitarán los campos clínicos acudiendo a las cabeceras municipales o a la jurisdicción correspondiente
4. Se verificaran las áreas físicas de seguridad que cumplan con lo establecido
5. Se verificara las áreas médico asistenciales
6. Se verificara el comité de salud que apoya a las comunidades y al centro de salud.
7. La carrera de Médico Cirujano de la FES Zaragoza, a través de la Coordinación de Área terminal de Internado y Servicio Social, contará con un cronograma de las fechas y estados de la República por supervisar, autorizado por un cuerpo colegiado y bajo la normatividad existente.

EXPEDICION DE LA CARTA DE TERMINACION Y LIBERACIÓN DE SERVICIO SOCIAL:

1. La Secretaría de Salud del Gobierno del Estado entregará al pasante la Carta de terminación de Servicio Social con copias, para la Institución Educativa y para el médico pasante.
2. La entrega de Cartas de terminación se realizará a partir del primer día hábil posterior a la terminación del Servicio Social, previa entrega del servicio y los resguardos.
3. La Secretaría de Salud del Gobierno del Estado, otorgará al pasante la Carta de Terminación con copia a la Institución Educativa.
4. La Secretaría de Salud del Gobierno del Estado enviará a la Dirección General de Enseñanza en Salud la relación de cartas de terminación, especificando el nombre del pasante, su registro federal de causantes, el número de plaza y la localidad.
5. Para la entrega de **Cartas de liberación por parte de la facultad**, es indispensable que el pasante presente:
 - I. Carta de terminación de servicio social expedida por la Institución de Salud a la que estuvo adscrito.
 - II. Original y copia del Informe final de actividades, firmada y sellada por la Institución de Salud y por la Jefatura o Jurisdicción.
 - III. Original de la constancia de adscripción.
 - IV. Informe final

ENTREGA DEL INFORME FINAL DE SERVICIO SOCIAL:

- I. Es un requisito indispensable para obtener el Oficio de liberación de la carrera de Médico Cirujano
- II. La entrega del Informe final será en CD en formato PDF, según acuerdo No.10/01-SO/16 1 del H. Consejo Técnico
- III. El trabajo final será revisado y aprobado por el asesor asignado para este fin, desde el inicio del año, considerando, además, los casos especiales en los que el asesor ya no funja como tal.

El Informe final deberá constar de:

- Diagnóstico de Salud de la población o comunidad asignada (realizado o actualizado)
- Priorización de problemas
- Proyecto de intervención
- Informe Narrativo
- Anexos (Archivo de fotos de la comunidad, del Centro de salud y de las actividades realizadas)
- Protocolo de investigación
- _Revisión bibliográfica de acuerdo a los criterios de Vancouver con por lo menos 50 referencias bibliográficas revisadas, no copiadas

- IV. Firmas de aceptación del Estado donde realizó el Servicio Social y firmas de aceptación del Jefe de carrera, del Asesor y de la Coordinación del Área Terminal.

- V. Una vez autorizado por el Asesor, el CD se entregará a la Coordinación del Área Terminal de Internado y Servicio Social, para su resguardo y clasificación de la información. El CD será sellado y entregado a la biblioteca del Campus I.

TRÁMITES DE TITULACIÓN:

Para los trámites de titulación, los estudiantes de la carrera de Médico Cirujano deberán presentar a la Coordinación del Área terminal de Internado y Servicio Social el Oficio de terminación de Servicio Social con un año de duración debidamente requisitado y el Informe final; a cambio recibirán el Oficio de liberación y de Entrega del Informe Final. Ambos documentos y el Acta oficial del Examen Profesional aprobado, la tesis aprobada o documento que acredite excelencia académica, y el documento probatorio de acreditación de comprensión del idioma inglés se presentarán en Servicios Escolares de la Facultad.

TIPOS DE TITULACION

- I. Totalidad de créditos y Alto nivel Académico
- II. Tesis o tesina y examen profesional
- III. Actividades de Investigación

IV. Examen General de Conocimientos

En todos los casos deben acreditar el idioma inglés avalado por la UNAM

Para mayor información acerca de los trámites de titulación consultar la página: <http://escolares.zaragoza.unam.mx/>

PROGRAMA ACADÉMICO DEL SERVICIO SOCIAL

Presentación de los Subprogramas.

De acuerdo con el plan de estudios de la carrera de Médico Cirujano, una vez que se han cubierto los requisitos académicos-administrativos hasta el quinto año de la carrera con el 100% de créditos, los alumnos realizarán su Servicio Social. En esta fase, el pasante de medicina pondrá en práctica los conocimientos adquiridos durante la formación profesional, realizando actividades de asistencia, educación e investigación. El interés es dirigido al paciente, en su entorno familiar y comunitario, facilitando con esto, en situaciones reales, el proceso de Integración Docencia-Servicio e Investigación, a través del autoaprendizaje, realizando, además, aportaciones valiosas a la comunidad.

EL PROGRAMA ESTÁ ESTRUCTURADO PARA EVALUAR LOS CUATRO SUBPROGRAMAS QUE DEBEN

APLICAR LOS MÉDICOS PASANTES DURANTE EL DESARROLLO DEL SERVICIO SOCIAL QUE DEBERÁN

COMPRENDER:

- *Subprograma de Autoenseñanza, que incluye las seis áreas básicas: Pediatría, Gineco-Obstetricia, Urgencias Médico-Quirúrgicas, Medicina Interna y Cirugía.*
- *Subprograma de Asistencia que incluye: Atención Materno-Infantil, del Escolar, del Adolescente, del Adulto y del Adulto Mayor.*
- *Subprograma de Atención Primaria e Investigación, incluye la elaboración del Diagnóstico de Salud de la comunidad a su cargo, elaboración de Plan general de trabajo, formación de comités locales de salud y formación y capacitación a grupos formales o informales.*
- *Subprograma de Asesoría a Distancia y Apoyo Académico a la Autoenseñanza.*

SUBPROGRAMA DE AUTOENSEÑANZA:

Los programas de enseñanza en este nivel adquieren características de capacitación en servicio; la enseñanza debe basarse en los problemas que se presenten, su revisión, discusión y el análisis de la situación de salud o enfermedad que enfrentan en su comunidad, así como las posibles alternativas de solución; todo ello debe proporcionar un soporte académico que brinde al pasante certeza para el diseño y desarrollo de acciones diagnósticas, epidemiológicas y preventivas.

La enseñanza durante el Servicio Social permitirá al pasante de Medicina aumentar y reforzar sus conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes a través de experiencias significativas de aprendizaje, así como aplicarlas en la asistencia e investigación

Por tal motivo, se sugiere se acuda a la autoenseñanza, complementando con sesiones clínicas y bibliográficas. Todas estas actividades requieren un grado importante de motivación y compromiso por parte del pasante.

Los temas que se describen tienen un enfoque clínico, epidemiológico y social y se encuentran apegados a los programas asistenciales del Sector Salud, y permitirán a los médicos pasantes homogeneizar sus conocimientos. Es probable que existan, en algunas regiones o jurisdicciones, entidades nosológicas de alta incidencia de algunas patologías específicas que obliguen al pasante modificar a libre albedrío su programación, para su aplicación en el primer nivel de atención.

El pasante analizará el origen y evolución natural de las entidades nosológicas que, por su frecuencia, distribución y trascendencia, repercuten en el estado de salud-enfermedad de la población a su cuidado, reforzando esto el programa de autoaprendizaje.

Objetivo

El objetivo es que los alumnos apliquen los conocimientos, destrezas y habilidades necesarios para atender los padecimientos médicos más comunes del primer nivel de atención que se presentan en nuestra población, acordes con el modelo del médico general que destaca una mayor vinculación teórica práctica y una mayor integración entre la asistencia, docencia e investigación, tomando al alumno como eje central del proceso educativo.

Desarrollo de los programas por área

Estas áreas serán complementadas con la información específica de acuerdo a las patologías más frecuentes de las regiones, estados o localidades, constituyéndose como anexos que serán proporcionados por las instituciones educativas responsables en cada región.

Evaluación

La evaluación de este subprograma contempla la aplicación de dos exámenes de objetivos que se aplicarán por Aula virtual, para lo cual se dan las instrucciones pertinentes en el Curso de Inducción; los primeros exámenes siempre comprenderán las áreas de Pediatría, Gineco-Obstetricia y Urgencias Médico Quirúrgicas, y los segundos incluirán las áreas de Cirugía y Medicina Interna. Los exámenes serán enviados por la Comisión que para este efecto se forme a cada escuela afiliada, en convenio con el Programa Nacional de SS de AMFEM; éstas, a su vez, lo aplicarán en los sitios establecidos para reunión de pasantes, y la escuela de cada estado enviará los exámenes para su calificación y seguimiento a las escuelas de origen de cada pasante; la calificación será considerada en la evaluación general del Programa Nacional de Servicio Social, hoy sancionado por el Reglamento Interno de Servicio Social de cada escuela.

ÁREA DE MEDICINA INTERNA

Antecedentes

El incremento de la esperanza de vida ha dado un viraje epidemiológico en el área de Medicina Interna, incrementando el número de entidades nosológicas, con una alta demanda de atención a la salud, sobre todo en pacientes de grupos de edad avanzada que el médico pasante deberá atender. Por ello, deberá conocer integralmente estas entidades nosológicas que afectan la morbimortalidad de las diferentes regiones del país.

Justificación

Con la globalización, los cambios demográficos y el desarrollo tecnológico han provocado un viraje en la morbi mortalidad; las enfermedades cardiovasculares y la Diabetes Mellitus y sus consecuencias se encuentran ahora ubicadas entre los primeros lugares, junto a las enfermedades crónico-degenerativas, las enfermedades infecciosas y los accidentes; por todo ello, se requiere la actualización continua del médico pasante, de tal manera que pueda reconocer y actuar frente a la problemática de salud de la población adulta de su comunidad. Aquí damos una guía de los temas más relevantes, los cuales podrían servir también como preparación para el Examen Nacional de Residencias Médicas, si así lo deseara el médico pasante.

Objetivo

Que el médico en servicios social, por medio de un programa de autoaprendizaje, reafirme y aplique sus conocimientos y pueda establecer los procedimientos preventivos, de diagnóstico y terapéutica, en la atención de los problemas del área de Medicina Interna más frecuentes en la comunidad y población general de nuestro país.

Hipertensión Arterial

- a. Concepto actual de Hipertensión arterial sistemática, basado en la **NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.**
- b. Concepto fisiopatológico actual sobre hipertensión arterial crónica, una enfermedad multifactorial.
- c. La hipertensión arterial como factor de riesgo vascular, su asociación a trastorno del metabolismo de lípidos y ácido úrico; Hipertensión y Diabetes Mellitus; Hipertensión y Tabaquismo; Hipertensión y Obesidad; Hipertensión e Hipertrofia ventricular izquierda; el concepto global de factor de riesgo vascular y muerte prematura.
- d. Sintomatología clínica del hipertenso leve, moderado y severo. El laboratorio y gabinete, en apoyo al estudio del paciente con hipertensión arterial, lo útil y lo superfluo.
- e. El manejo integral de un paciente con diagnóstico de Hipertensión arterial. Los aspectos dietéticos, higiénicos, actividad física y el esquema terapéutico individualizado. El costo del tratamiento y los efectos indeseables de los antihipertensivos.

Las complicaciones de hipertenso secundarias al daño de los órganos blanco de la hipertensión.

El manejo de la crisis hipertensiva en el consultorio y en el hospital.

Diabetes mellitus

- a. La diabetes como tercer problema de salud mundial y como problema de salud en México, de acuerdo a la norma oficial mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.
- b. Clasificación de Diabetes Mellitus.

Diabetes Mellitus tipo 1

Diabetes Mellitus tipo 2

Diabetes idiopática

- c. Aspectos genéticos en Diabetes Mellitus.
- d. Hiperglucemia y sus síntomas.
- e. Diagnóstico clínico y por laboratorio de la Diabetes Mellitus.
- f. El manejo integral del paciente diabético.
Un esquema individualizado de manejo.
- g. Complicaciones agudas:
Por hiperglucemia

Por hipoglucemia
- h. Complicaciones crónicas, su reconocimiento y manejo.
- i. Resistencia a la insulina e hipertensión

Arteriosclerosis

Concepto de Arteriosclerosis. Basado en Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2002, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.

- a. Aspectos epidemiológicos en México.
- b. Fisiología de las lipoproteínas plasmáticas.
- c. Factores de riesgo en arteriosclerosis.
- d. Patogenia de la placa de ateroma.
- e. La hipertrigliceridemia y su significado clínico.
- f. La hipercolesterolemia y su significado clínico.
- g. El laboratorio en el diagnóstico de trastornos del metabolismo de lípidos.
- h. Manejo general de los trastornos del metabolismo de los lípidos.

Cardiopatía Isquémica

- a. Concepto actual de Cardiopatía isquémica.
- b. La lesión aterosclerótica. Su descripción como causa de enfermedad de las arterias coronarias.
- c. El concepto de factor de riesgo en la coronariopatía.
Su descripción.
- d. Cardiopatía isquémica sin causa obstructiva aparente.
- e. Fisiopatología de la Cardiopatía isquémica.
- f. La Angina de pecho y otras variantes.
Su cuadro clínico y los medios para reconocerla.
- g. El Infarto al miocardio: cuadro clínico de presentación, algunas de sus variantes y su reconocimiento.

- h. Los estudios paraclínicos en el diagnóstico de infarto agudo de miocardio y en lesión miocárdica antigua.
- i. La tecnología en la cardiopatía isquémica.
Métodos no invasivos e invasivos.
- j. Las herramientas de diagnóstico en el primer nivel.
- k. El manejo del paciente con cardiopatía isquémica en el primer nivel y su derivación a otro nivel de atención
- l. El manejo de paciente con cardiopatía isquémica. Actualización.
- m. Las complicaciones del paciente con coronariopatía.
- n. Los aspectos de rehabilitación y pronóstico en el paciente con coronariopatía

Enfermedad vascular cerebral

- a. Recordatorio sobre Anatomía y Fisiopatología de la circulación cerebral.
- b. Epidemiología y factores de riesgo en Enfermedad vascular cerebral.
Principales factores de riesgo del ictus.
- c. La isquemia cerebral aguda y crónica.
- d. Reconocimiento clínico de un episodio de isquemia transitoria.
Reconocimiento clínico de un ictus isquémico.
- e. La Hemorragia cerebral:
La Hemorragia hipertensiva. El Aneurisma roto.
- f. El diagnóstico diferencial clínico del paciente con ictus.

- g. La corroboración diagnóstica del ictus en el primer nivel y los recursos tecnológicos actuales.
- h. La terapéutica del paciente con ictus isquémico y hemorragia.
La atención en segundo y tercer nivel.
- i. Las complicaciones más frecuentes en pacientes con Enfermedad vascular cerebral.
- j. Los aspectos de rehabilitación y manejo, en el consultorio y domicilio, del enfermo crónico con secuelas neurológicas.

Insuficiencia Renal

- a. Concepto de Insuficiencia renal, aguda y crónica.
- b. Aspectos etiológicos:
La Insuficiencia renal crónica como secuela de una nefritis.

La Insuficiencia renal aguda como complicación de deshidratación.

Causas más comunes de Insuficiencia renal aguda y crónica
- c. El enfoque diagnóstico en el paciente con Insuficiencia renal aguda:
Historia clínica y exploración.

Pruebas de laboratorio y gabinete, frecuentes y especiales.

Examen de orina, medición de la función tubular y determinación del flujo urinario.
- d. Patogenia de la Necrosis tubular aguda.
- e. El manejo en el primer nivel, su derivación y su manejo en segundo y tercer nivel

f. Las complicaciones. El **que no hacer** en el paciente con sospecha de Insuficiencia renal aguda.

g. La Enfermedad renal terminal. El Síndrome urémico.

Manifestaciones clínicas de Enfermedad renal terminal.

El laboratorio y gabinete en el paciente renal crónico.

h. Opciones terapéuticas:

- El manejo conservador; atención en el consultorio del enfermo crónico.
- La diálisis y el trasplante renal.

Infección de Vías Respiratorias Bajas

a. Concepto de Neumonía

b. Aspectos epidemiológicos; la neumonía como causa de morbi-mortalidad.

c. Los principales patógenos en:

Neumonía comunitaria y Neumonía intrahospitalaria.

Lo especial de la Neumonía en el inmunocomprometido.

d. El abordaje diagnóstico en el paciente con Neumonía.

Aspectos clínicos.

Estudios radiológicos y cultivos.

Otros apoyos paraclínicos en la confirmación diagnóstica.

- e. Las complicaciones en el paciente geriátrico.
- f. El tratamiento de la Neumonía en el consultorio y en el paciente hospitalizado.
- g. La derivación del paciente con Insuficiencia respiratoria severa.

Diarrea Infecciosa Aguda

- a. Concepto de Diarrea.
- b. Fisiopatología de la Diarrea.
- c. Aspectos epidemiológicos generales.
- d. Epidemiología de los principales agentes etiológicos en diarrea infecciosa aguda.
Patógenos invasivos, patógenos no invasivos, toxinas bacterianas.

La intoxicación alimentaria como causa de diarrea.

- e. El diagnóstico clínico de Diarrea infecciosa aguda.
- f. Lineamientos generales para el manejo de líquidos y electrolitos en estos pacientes.
- g. El manejo en consulta externa y hospital.
Su derivación a otro nivel de atención.

Salmonelosis

- a. Aspectos epidemiológicos de la Salmonelosis en México.
- b. El diagnóstico por la clínica y el apoyo de los estudios de laboratorio en un caso sospechosos de salmonelosis.
- c. Síndrome tifoídico:
 - Reconocimiento.
 - Derivación a un segundo nivel de atención médica.
 - Manejo hospitalario.
- d. El manejo en consultorio del paciente con Salmonelosis.
- e. Las complicaciones de la Salmonelosis como causa de muerte.

Cólera

- a. Aspectos epidemiológicos del brote de cólera en México.
- b. Cólera, un problema de salud.
- c. El agente patógeno.
- d. Fisiopatología del cuadro clínico.
- e. La comprobación por el laboratorio.
- f. El manejo de líquidos, electrolitos y antibióticos en el paciente con cólera.
- g. Complicaciones a evitar.
- h. Manejo en el primer nivel.
 - El reporte del caso.

Dengue

- a. Concepto de dengue
- b. Epidemiología del Dengue en México. Zonas afectadas.
- c. El agente etiológico, sus características.
- d. Reconocimiento del cuadro clínico y el apoyo por el laboratorio para el diagnóstico de Dengue.
- e. Diagnóstico diferencial obligado con otras patologías.
- f. Manejo integral en consultorio y hospital.

Infecciones de vías urinarias

- a. Concepto de bacteriuria e Infección urinaria.
- b. Epidemiología de la Infección urinaria:

Cistitis en la mujer.

Uretritis y prostatitis.

- c. Agentes patógenos comunes.
- d. Pielonefritis:
Aguda y crónica

- e. El diagnóstico clínico de:
Cistitis, Uretritis, Prostatitis y Pielonefritis.
- f. La corroboración diagnóstica, utilidad del examen de orina.
El urocultivo, valor del antibiograma
- g. Tratamiento integral del paciente con infección urinaria, en el consultorio.
- h. Infección del tracto urinario por gérmenes de transmisión sexual.
El diagnóstico clínico y por laboratorio de gonorrea.

La infección por clamidia.
- i. Infección recurrente en la mujer. Conducta a seguir.

Cirrosis hepática

- a. Concepto clínico y anatomopatológico de Cirrosis hepática.
- b. Hígado y alcohol.
- c. La Cirrosis hepática, aspectos epidemiológicos en México.
- d. El Síndrome de Insuficiencia hepática.
Reconocimiento clínico.
- e. Los estudios de laboratorio y gabinete en el paciente con Insuficiencia hepática crónica. Exámenes frecuentes y especializados.

La biopsia hepática, confirmación anatomopatológica de cirrosis.

- f. El manejo en consultorio del paciente cirrótico ya diagnosticado como paciente crónico. El **que no hacer** con el paciente cirrótico.
- g. Las complicaciones, como causa de muerte, en el cirrótico.
- h. Su derivación y manejo en segundo y tercer nivel.

Hemorragia del tubo digestivo (STD)

- a. Concepto.
- b. Clasificación: Sangrado de tubo digestivo, alto y bajo.
- c. Etiología:
 - Várices esofágicas.
 - Enfermedad ácido péptica.
 - Gastritis erosiva.
 - Neoplasias.
 - Sangrado de colon y recto.
- d. Diagnóstico clínico del origen del sangrado.
- e. El laboratorio y gabinete en el apoyo al diagnóstico.

Los estudios frecuentes y los especializados.

f. El manejo inicial del paciente con STD.

Atención en el primer nivel. Manejo de la hipovolemia.

Derivación a segundo y tercer nivel de atención.

Síndrome icterico

a. Concepto de ictericia.

b. Clasificación de la ictericia.

c. El diagnóstico diferencial por clínica y laboratorio.

Los estudios frecuentes y los especializados

d. El manejo inicial del paciente icterico previo a la integración del diagnóstico.

e. La derivación a segundo y tercer nivel de atención médica.

Amebiasis y Absceso Hepático Amebiano

a. Concepto de Amebiasis intestinal y de Amebiasis invasora.

b. Los aspectos de la Amebiasis en México.

c. La Entamoeba, agente causal.

- d. a lesión amebiana intestinal.
- e. Cuadros clínicos de amebiasis intestinal
- f. Amebiasis invasora. Absceso hepático. Patogenia.
- g. Cuadro clínico de amebiasis hepática.
- h. El laboratorio y gabinete en diagnóstico de Amebiasis intestinal y hepática.
Lo frecuente y lo especializado.
- i. Complicaciones del Absceso hepático amebiano.
- j. Manejo de Amebiasis intestinal en el consultorio.
- k. Manejo del Absceso hepático amebiano, en el consultorio y en el hospital.
La derivación a segundo o tercer nivel del paciente con Amebiasis invasora.

Síndrome Convulsivo

- a. Concepto de crisis convulsiva.
- b. Fisiopatología de la crisis convulsiva.
- c. Patrones convulsivos:
 - Crisis parciales.
 - Crisis generalizadas.
 - Convulsiones atípicas.

- d. El diagnóstico diferencial del paciente con convulsiones:
 - Epilepsia.
 - Cisticercosis cerebral.
- e. Los estudios de laboratorio y gabinete:
 - Lo frecuente y lo especializado.
- f. El manejo del paciente con crisis aisladas.
 - El manejo del paciente con Estado convulsivo.
 - El manejo, en consultorio, del paciente convulsivo crónico.
- g. La derivación del paciente convulsivo a segundo o tercer nivel de atención médica.

Anemias

- a. Concepto de anemia.
- b. Evaluación clínica del paciente anémico:
 - Historia clínica.
 - Exploración física.
- c. El laboratorio como herramienta en el diagnóstico diferencial de la anemia:

Biometría hemática.

Estudio de médula ósea.

Estudios especializados.

El paciente con anemia de origen carencial.

- d. La derivación, al segundo o tercer nivel, del paciente con otro tipo de anemia.
- e. La transfusión sanguínea, en la corrección de anemia.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

- a. Epidemiología, en el mundo y en México.
- b. Grupos de riesgo.
- c. El virus de la inmunodeficiencia humana.
- d. Historia natural de la infección por VIH-1:
Fisiopatología.

Manifestaciones clínicas.

- e. Diagnóstico clínico y de laboratorio.
- f. Abordaje del paciente con SIDA
- g. Las infecciones por oportunistas en el paciente con SIDA

- h. El manejo integral del paciente con SIDA
- i. El manejo de las complicaciones del paciente con SIDA
- j. El paciente con SIDA y los aspectos sociales.

Tuberculosis pulmonar (TbP)

- a. Concepto de Tuberculosis pulmonar.
- b. Aspectos epidemiológicos de la Tuberculosis pulmonar en México.
- c. El *Mycobacterium tuberculosis*, agente casual
- d. Historia natural de la infección pulmonar tuberculosa.
Fisiopatología.

Manifestaciones clínicas.
- e. La radiografía de tórax como instrumento de diagnóstico.
Los análisis necesarios en el diagnóstico y seguimiento del paciente con TbP.
- f. El abordaje del paciente con Tuberculosis pulmonar.
- g. El manejo, en el consultorio, del paciente con TbP.
- h.** Las complicaciones de la infección tuberculosa pulmonar.

ÁREA DE CIRUGÍA GENERAL

Antecedentes

El Servicio Social se realiza en poblaciones que, muchas veces, se encuentran alejadas de las cabeceras municipales o de las ciudades; cuando el manejo es quirúrgico y se complica, en muchas ocasiones el pasante en servicio social ve reducida su acción al diagnóstico oportuno de padecimientos de resolución quirúrgica. Sin embargo, esta acción que a simple vista pudiese verse reducida a poco trascendente es, sin duda, el mejor servicio que un médico puede dar otorgar tanto al paciente diagnosticado como al cirujano tratante, reduciéndole al primero la posibilidad de muerte y al segundo ampliando su posibilidad de intervención en mejores condiciones; por lo general, cuando el pasante en servicio social realiza el diagnóstico oportuno, el paciente puede ser trasladado prontamente a un centro de segundo nivel de atención.

Justificación

Para evitar las complicaciones y la mortalidad de padecimientos que requieren tratamiento quirúrgico, se necesita un diagnóstico oportuno así como un manejo adecuado desde el primer contacto y, de ser necesaria, una transferencia inmediata. En este programa manejaremos contenidos que consideramos mínimos indispensables de manejo por parte del pasante en Servicio Social.

Objetivo.

Que el pasante en servicio social integre, de acuerdo al Modelo de Historia Natural de la Enfermedad, la epidemiología, la fisiopatología, el cuadro clínico en fase temprana y el diagnóstico de las patologías quirúrgicas más

frecuentes; atienda, de acuerdo a sus capacidades y recursos en el primer nivel de atención y/o mediante la solicitud de interconsulta o referencia a la especialidad médica correspondiente, de manera adecuada y oportuna al paciente quirúrgico, de tal manera que pueda emitir el pronóstico y complicaciones de las entidades nosológicas correspondientes al área de Cirugía General.

Infecciones en Cirugía

- a. Procesos infecciosos que determinan un acto quirúrgico.
- b. Procesos infecciosos que sobrevienen como complicación del acto quirúrgico y en sitios cercanos a él y/o a distancia.
- c. Reconocer procesos infecciosos en el enfermo infectado antes de la cirugía, en el transoperatorio y en el posoperatorio inmediato.
- d. Mecanismos de infección quirúrgica (vías de acceso y condiciones propicias para la infección).

Respuesta metabólica al trauma

- a. Fisiopatología del paciente traumatizado.
- b. Consumo de masa muscular.
- c. Conservación del volumen circulante (hipovolemia).
- d. Cambios en la fuente de utilización de energía.
- e. Manejo de pacientes con heridas penetrantes, por arma blanca, de fuego o punzocortantes

- f. Manejo inicial del paciente quemado y su derivación a otro nivel.
- g. Jerarquización del tratamiento de las lesiones, en el paciente politraumatizado.
- h. Mantenimiento de la oxigenación adecuada.
- i. Manejo del paro cardiaco.
- j. Corrección del volumen sanguíneo circulante.
- k. Tratamiento de las heridas con sospecha de lesiones de grandes vasos y vísceras sangrantes.
- l. Atención de fracturas expuestas o luxaciones.
- m. Manejo de heridas de partes blandas y heridas oculares.
- n. Tratamiento de las fracturas cerradas.
- ñ. Sutura de las heridas.

Complicaciones posoperatorias inmediatas y mediatas

- a. Dolor
- b. Sangrado.
- c. Desequilibrio ácido-base.
- d. Inflamación y cicatrización.

- e. Sepsis.
- f. Coagulación intravascular.

Colecistitis y Coledocolitiasis

- a. Epidemiología del padecimiento, por grupos sociales.
- b. Bases anatómicas y fisiológicas de Vías biliares.
- c. Fisiopatología de la ictericia.
- d. Complicaciones inmediatas y mediatas más frecuentes.
- e. Estudios de apoyo para el diagnóstico en el primer nivel de atención.
- f. Manejo en el primer nivel de atención.
- g. Derivación a otro nivel en caso de requerirse tratamiento quirúrgico.

Hernias de la pared abdominal

- a. Epidemiología del padecimiento por grupos de edad y sexo.
- b. Clasificación por índice de frecuencia, por grupos de edad y sexo.
- c. Complicaciones mediatas e inmediatas.
- d. Manejo de las complicaciones inmediatas.
- e. Derivación a otro nivel en caso de resolución quirúrgica.

Apendicitis

- a. Epidemiología del padecimiento, por grupos de edad y sexo.
- b. Fisiopatología
- c. Bases para el diagnóstico: semiología del dolor, síntomas generales, signos específicos de irritación peritoneal en Apendicitis.
- d. Diagnóstico diferencial para derivación oportuna.
- e. Conocimiento específico del cuadro clínico y métodos auxiliares de diagnóstico en:
Primer nivel de atención (síntomas y signos y laboratorio y radiología, básicos)

Oclusión Intestinal

- a. Epidemiología por grupos de edad y sexo.
- b. Concepto de oclusión intestinal y su índice de frecuencia por causa, grupos de edad y sexo.
- c. Fisiopatología de la Oclusión intestinal.
- d. Cuadro clínico.
- e. Diagnóstico diferencial con otras entidades que ocasionan Síndrome abdominal agudo.
- f. Manejo de las medidas generales en el tratamiento de la Oclusión intestinal.

Abdomen Agudo

- a. Epidemiología por grupos de edad y sexo.
- b. Concepto de Abdomen agudo y su índice de frecuencia y causa, por grupos de edad y sexo.

c. Bases para el diagnóstico clínico.

Reacciones sistémicas

Signos abdominales

- Dolor e hipersensibilidad.

- Rigidez muscular.

- Íleo paralítico.

d. Diagnóstico diferencial de acuerdo a la causa.

e. Medidas generales y específicas

f. Derivación oportuna al nivel correspondiente.

Padecimientos Ano rectales

a. Epidemiología por grupos sociales, edad y sexo.

b. Hemorroides.

Bases generales para el diagnóstico.

Clasificación.

Manejo médico y dietético del paciente.

Complicaciones.

Derivación a otro nivel.

c. Fisuras y fístulas.

Bases generales para el diagnóstico.

Manejo médico, higiénico y dietético del paciente.

Complicaciones.

Derivación a otro nivel.

d. Abscesos.

Bases generales para el diagnóstico.

Manejo higiénico-dietético y antibioticoterapia.

Pancreatitis Aguda y Crónica

a. Epidemiología por grupo social, edad y sexo.

b. Concepto de Pancreatitis y su índice de frecuencia y causas, por grupos de edad y sexo.

c. Fisiopatología.

- d. Bases para el diagnóstico clínico.
- e. Complicaciones.
- f. Manejo del paciente con Pancreatitis.
- g. Medidas médicas:
 - Atención de la enfermedad aguda.
 - Cuidados en la convalecencia.
- h. Derivaciones a otro nivel, en caso de requerirse tratamiento quirúrgico.

Absceso Hepático

- a. Epidemiología por grupo social, de edad y sexo.
- b. Fisiopatología.
- c. Cuadro Clínico.
- d. Manejo inicial.
- e. Complicaciones más frecuentes.
- f. Manejo de las complicaciones y derivación a otro nivel, en caso necesario.

Insuficiencia Vascular Periférica

- a. Epidemiología por grupos sociales de acuerdo a edad y sexo.
- b. Clasificación y etiología.
- c. Fisiopatología.
- d. Bases para el diagnóstico clínico.
- e. Complicaciones
- f. Medidas generales
- g. Derivación a otro nivel para manejo quirúrgico.
- h. Medidas de prevención y educación para la salud.

Litiasis renal y de conductos urinarios

- a. Epidemiología por grupo social de acuerdo a edad y sexo.
- b. Bases para el diagnóstico clínico.
- c. Métodos de apoyo diagnóstico en el primer nivel de atención
- d. Complicaciones más frecuentes.
- e. Manejo inicial de urgencia.
- f. Canalización a otro nivel, en caso necesario.
- g. Medidas de prevención y educación para la salud.

Habilidades y destrezas:

1. Historia clínica
2. Exploración física del abdomen quirúrgico
3. Curaciones de heridas posquirúrgicas
4. Drenaje de abscesos
5. Manejo de drenajes y estomas.
6. Técnica de lavado de manos
7. Tipos de sutura, en piel y tejido celular subcutáneo.
8. Técnica de venodisección.
9. Asistencia en procedimientos de cirugía mayor.

Bibliografía

1. Sabiston. Tratado de patología quirúrgica. 16ª ed. México; ed. McGraw-Hill 2003
2. Brunicardi F.C. Schwartz. Principios de Cirugía. 9ª ed. México. Ed. McGraw-Hill/Interamericana. 2010
3. Zollinger. Atlas de Cirugía. 8ª. ed. México. Ed. McGraw-Hill 2003.

ÁREA DE PEDIATRÍA

Antecedentes

Como es bien sabido, los padecimientos pediátricos forman un gran conglomerado de daños a la salud en nuestro país; la mortalidad infantil para enero de 2012, en menores de cinco años, fue de 16.77 por cada mil nacidos vivos, según información publicada en el INEGI 2010, ocupando los dos primeros lugares como causa de afecciones originadas en el periodo perinatal. Entre las causas directas que conforman este grupo se encuentran, en orden de importancia: la Dificultad respiratoria del recién nacido, la Sepsis bacteriana, los trastornos relacionados con la corta duración de la gestación y con el bajo peso al nacer, la Asfixia del nacimiento y la Neumonía e Influenza, accidentes, Enfermedades infecciosas intestinales y Enfermedades respiratorias agudas (excepto Neumonías e Influenza).

El indicador de mortalidad infantil es uno de los más sensibles, permite darnos cuenta del grado de desarrollo y de salud-enfermedad de un país, por lo que las acciones médicas y de promoción a la salud que se lleven a cabo redundarán, a través del tiempo, en el abatimiento de las cifras de dichos indicadores, que aún son muy elevadas. De ahí la importancia de que el pasante en Servicio Social tenga un conocimiento preciso de las patologías con las que se va a enfrentar durante su estancia en la comunidad.

Objetivo

Que el pasante en Servicio Social identifique las características principales del niño sano y del recién nacido en México y de los daños a la Salud en Pediatría.

El objetivo principal es que el médico pasante aplique los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes necesarios para atender los padecimientos médicos del primer nivel de atención médica que se presentan en la población infantil de manera común, acordes con el modelo del médico general y con el enfoque integral, familiar y comunitario, con una mayor vinculación teórico-práctica y mayor integración entre la asistencia, docencia e investigación, como eje central de su proceso educativo y de autoenseñanza

Contenidos

Niño Sano

Principales características del niño sano en México, en las diferentes edades, con base en la NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño

(Recién Nacido, Lactante, Preescolar, Escolar, Adolescente).

El recién nacido.

a. Valoración del recién nacido normal, en sala de expulsión

- b. Características del recién nacido: valoración de maduración.
- c. Reanimación del recién nacido.
- d. Principal patología del recién nacido.
- e. Recién nacido de alto riesgo.
- f. Vacunación universal

PRINCIPALES PROBLEMAS PEDIATRICOS EN MÉXICO

Nutrición

Desnutrición y obesidad.

- a. Conocer los requerimientos nutricionales en diferentes edades.
- b. Conocer y difundir la importancia de la alimentación, el mayor tiempo posible, con leche materna.
- c. Características e indicaciones de alimentación con leche industrializada.

Ablactación.

- a. La importancia del uso de alimentos naturales
- b. Restricción en el uso de alimentos industrializados, refrescos embotellados, comida “chatarra”, golosinas y fritangas.
- c. Combatir los malos hábitos de la alimentación.
- d. Identificar los diversos grados de Desnutrición y reconocer los signos clínicos, universales y circunstanciales, en los diferentes grados de Desnutrición.
- e. Identificar los signos clínicos de Desnutrición y de Obesidad.

- f. Desnutrición infantil (Marasmo, Kwashiorkor, Sugar-Baby); Obesidad exógena, Xeroftalmia, Raquitismo nutricional y Anemia ferropriva.

Infecciones de Vías Respiratorias

Objetivos Específicos

- a. Identificar, con base en la Epidemiología y Etiología, la prevalencia estacionaria de infecciones respiratorias.
- b. Identificar las medidas de prevención de los padecimientos respiratorios, tomando en cuenta la Historia natural y la Triada ecológica: agente, huésped y medio ambiente.
- c. Promover la protección de vías respiratorias en el invierno y cuando se presenten epidemias de infecciones aéreas, principalmente en niños pequeños o desnutridos.
- d. Conocer la etiología viral de las infecciones respiratorias, principalmente en el invierno y en periodos de epidemia.
 - Identificar el cuadro clínico en las diversas infecciones respiratorias.
 - Realizar el diagnóstico de las enfermedades respiratorias más frecuentes, apoyándose en la Epidemiología y el cuadro clínico.
 - Identificar las diferencias clínicas de la insuficiencia respiratoria (I.R.), obstructiva y restrictiva.
- e. Reconocer las características clínicas en los diferentes grados de Insuficiencia respiratoria (leve, moderada, grave).
- f. Identificar los principales padecimientos de las vías respiratorias.

g. Diferenciar los síndromes de vías respiratorias altas:

- Rinofaringitis.
- Faringoamigdalitis.
- Otitis media.
- Laringotraqueobronquitis.
- Bronquitis.
- Asma.

Bajas:

- Bronquitis.
- Neumonías.

Síndrome diarreico (SD)

- a. La etiología más frecuente del Síndrome diarreico en México.
- b. Epidemiología del Síndrome diarreico en medios urbanos y rurales, en diferentes edades.
- c. Historia Natural del Síndrome diarreico, poniendo especial énfasis en los diferentes tipos de diarreas, dependiendo de la etiología.

- d. Participación de los hábitos en la alimentación y el tipo de alimentos en el SD
- e. Cuadro clínico de los diferentes tipos de Enfermedad diarreica.
- f. Complicaciones médicas o quirúrgicas del Síndrome diarreico.
- g. Medidas de prevención del Síndrome diarreico (higiene personal, potabilización del agua, disposición y manejo de excretas y basura, saneamiento ambiental, manejo de alimentos, hábitos de alimentación, etc.)
- h. Integración, con base en la Epidemiología, etiología más frecuente y cuadro clínico, el diagnóstico del Síndrome diarreico.
- i. Necesidad de apoyo del laboratorio y/o gabinete, en el diagnóstico del Síndrome diarreico

Características:

- Viral
- Por Salmonella
- Shigellosis
- Giardiasis
- E. Coli
- Parasitosis

Deshidratación y Desequilibrio Ácido-Base

- a. Identificar las causas más frecuentes de deshidratación.
- b. Identificar clínicamente los tres grados de deshidratación (leve-moderada-grave).
- c. Conocer las características clínicas de los diferentes tipos de deshidratación (Hipotónica-Isotónica-Hipertónica).
- d. Identificar los signos clínicos de la Acidosis metabólica.
- e. Identificar con precisión los signos clínicos del Choque hipovolémico.
- f. Con base en el cuadro clínico y los antecedentes integrar el diagnóstico de Choque hipovolémico.
 - Deshidratación.
 - Tipos de deshidratación:
 - ° Hipotónica.
 - ° Isotónica.
 - ° Hipertónica.
 - Desequilibrio ácido-base
 - Acidosis Metabólica.
 - Choque Hipovolémico.
 - Lineamientos generales para el tratamiento de las entidades mencionadas

Síndrome Febril

- a. Características del Síndrome febril.
- b. Complicaciones del Síndrome febril.
- c. Lineamientos generales para el manejo del Síndrome febril.

Fiebres eruptivas de la infancia

- a. Sarampión.
- b. Rubéola.
- c. Varicela.
- d. Exantema súbito.
- e. Mononucleosis infecciosa.
- f. Escarlatina - Erisipela.
- g. Herpes

Parasitosis Intestinales.

- a. Amibiasis.
- b. Giardiasis.
- c. Ascariasis.
- d. Oxiuriasis.
- e. Teniasis.

Infecciones del Sistema Nervioso Central (SNC)

- a. Meningoencefalitis viral.
- b. Meningoencefalitis purulenta.

- c. Meningoencefalitis tuberculosa.
- d. Meningoencefalitis especiales.
- e. Poliomiелitis.

Otras Enfermedades infectocontagiosas

- a. Cólera.
- b. Hepatitis.
- c. Parotiditis.
- d. Tuberculosis.
- e. Tétanos.
- f. Difteria.
- g. Tosferina.

Accidentes y Violencias

- a. Cuerpo extraño en vías respiratorias.
- b. Traumatismos.
- c. Envenenamientos.
- d. Síndrome del niño maltratado.
- e. Quemaduras.
- f. Ingestión de tóxicos.

Inmunizaciones

- a. Mecanismos de defensa inmunológico del niño.
- b. Esquemas de vacunación contenidos en la Cartilla Nacional de Vacunación.
- c. Otras vacunas.

EVALUACIÓN

La evaluación del programa se efectuará mediante un examen objetivo, en conjunto con el Subprograma de Gineco-Obstetricia.

ÁREA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Introducción y Antecedentes:

Los problema de la atención médica materna, a pesar de los avances científicos y tecnológicos, persisten en la gran mayoría de los estados de la República; de gran trascendencia es el caso de la mortalidad materna: para lograr que ninguna mujer muera por complicaciones obstétricas (durante el embarazo y hasta 40 días posteriores al parto), es necesario garantizar el acceso universal a servicios de planificación familiar, a atención calificada del parto, a cuidados de emergencia obstétrica y a servicios para prevenir y tratar infecciones de transmisión sexual. En México, la muerte materna es menos común en las localidades más desarrolladas; sin embargo, en las poblaciones más pobres y con alta proporción de población indígena, sigue siendo un fenómeno frecuente. Este es un problema al que se enfrentan los médicos pasantes durante su Servicio Social

En general, del 63 al 80% de las muertes prenatales se atribuyen al embarazo y no al parto. Por lo tanto, es factible afirmar que cerca del 98% de la mortalidad materna podría evitarse con medidas de atención médica primaria.

El crear conciencia en los médicos pasantes de esta problemática y que el actuar de forma oportuna y eficiente en el diagnóstico, manejo, vigilancia y control de las patologías de la población femenina más frecuentes en la comunidad, integrándose a un equipo multidisciplinario, ayudarían en forma importante en la limitación del daño, complicaciones y secuelas derivadas de los estados patológicos, además de que al aplicar las acciones de la atención urgente a la paciente ginecológica u obstétrica , iniciando precozmente los esquemas de manejo, se abatirían de manera importante las cifras de mortalidad prenatal.

Justificación

La alta mortalidad que se sigue presentando en zonas rurales y marginadas en relación a la maternidad y periodo perinatal justifica que el medico pasante, que se encuentra inmerso en el manejo y control prenatal, esté a la vanguardia en todas las acciones para su control.

Hacia el año de 1990, la tasa de crecimiento natural era del promedio de 2.3% a nivel nacional, la cual era una de las más altas a nivel mundial. A lo cual hay que agregar que un mínimo del 50% de población general es menor de 15 años de edad, lo que incrementa el potencial de crecimiento natural al mediano y largo plazo en nuestro país.

Objetivos

El médico pasante podrá aplicar todos sus conocimientos sobre control prenatal y materno infantil, basados en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

Objetivos Específicos

Identificar los criterios de normalidad biológica y social de la reproducción humana, en el embarazo y el parto

Desarrollar, en el marco del Modelo de Atención Primaria a la Salud, un programa básico de educación para la salud materna, en las etapas pre gestacional, gestacional, natal y puerperio, teniendo como punto de partida el análisis y la reflexión crítica de los siguientes factores de riesgo:

a. Factores de orden clínico:

De origen obstétrico directo (complicaciones del embarazo y el parto), que comprenden del 50 al 98 % del total, y de origen obstétrico indirecto (agravamiento durante el embarazo y el parto, de patologías previas).

b. Factores ligados a los servicios de salud:

Ausencia de cuidados prenatales, atención deficiente de patologías intercurrentes del embarazo, atención del parto por personal no calificado y en condiciones insalubres (iatrogenias).

c. Factores ligados al embarazo (reproductivos):

Edad materna (mayor riesgo antes de los 15 y posterior a los 30 años de edad); Paridad (mayor riesgo en grandes multíparas); Embarazos no deseados y Aborto inducido (cerca del 15% de las defunciones maternas ocurren a consecuencia de abortos efectuados en malas condiciones sanitarias y por personal mal preparado).

d. Factores económicos y sociales:

Pobreza; nivel educativo deficiente; enfermedades crónico-degenerativas e infecto contagiosas y condiciones deplorables en el trabajo.

Cabe señalar, que la atención a la salud materna debe orientarse prioritariamente a la promoción y fomento de actividades sanitario-asistenciales, que prevén el efecto patógeno de los factores de riesgo, considerando que el periodo de reproducción humana en el embarazo y el parto son de alta vulnerabilidad biológica y social, sobre todo cuando el ingreso económico y el nivel de consumo son bajos, agregando a todo esto que el acceso a los servicios institucionales de salud no se encuentran al alcance del total de la población materno-infantil.

Contenidos programáticos.

Los contenidos académicos del programa de promoción y fomento de la salud materna se han dividido en las siguientes etapas o módulos:

Etapas pre gestacional

- a. Edad y etapas del inicio de la vida sexual activa.
- b. Difusión de información científicamente planeada en relación con la reproducción humana y sus patologías más frecuentes.
- c. Perfil de valoración clínica y de laboratorio, para la pareja que inicia vida conyugal.

Etapas prenatal

- a. Identificación de antecedentes heredo-familiares que condicionen alteraciones hereditarias y congénitas.
- b. Establecimiento del diagnóstico precoz del embarazo (clínico y de laboratorio).
- c. Diagnóstico y tratamiento oportuno de patologías de la nutrición y del sistema endocrino, que incrementan la morbimortalidad materna, estados carenciales maternos, Desnutrición intrauterina, Obesidad, Hipertensión arterial y Síndromes gestósicos, Diabetes mellitus, Aborto espontáneo e Insuficiencia hormonal.
- d. Diagnóstico y tratamiento oportuno de patologías asociadas al embarazo: Hiperemesis gravídica; Amenaza de Aborto, Embarazo molar, Embarazo ectópico, Embarazo múltiple, Polihidramnios, Retraso del crecimiento uterino, Parto pre término, Embarazo prolongado; Muerte fetal, Neoplasias del aparato reproductor y de las glándulas mamarias y patologías por compresión y desplazamiento del aparato digestivo a nivel intraabdominal.

- e. Diagnóstico y tratamiento oportuno de patologías de origen psicosocial: Tabaquismo, Alcoholismo, Narcomanía y Síndromes conductuales depresivos y compulsivos.

Etapa natal

- a. Promoción de la atención del parto en el ámbito institucional.
- b. Promoción de medidas sanitarias básicas (asepsia y antisepsia) en la atención del parto domiciliario.
- c. Diagnóstico precoz y referencia al segundo nivel de atención médica de los casos de: Pre-eclampsia y Eclampsia, Distocias maternas y fetales e Inserción anómala de la placenta.
- d. Diagnóstico y tratamiento precoz del Síndrome de sufrimiento fetal agudo y de la Ruptura prematura de membranas.
- e. Realización de la episiotomía en las multíparas de periné estrecho y en las primíparas.
- f. Identificación minuciosa de la expulsión de los anexos fetales.
- g. Vigilancia estrecha del sangrado transvaginal de origen uterino, en el posparto inmediato.

Etapa posnatal (Puerperio)

- a. Vigilancia estrecha de la involución uterina y del sangrado transvaginal.
- b. Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los procesos infecciosos: de origen uterino, por retención de residuos placentarios, y de la sutura quirúrgica de la episiotomía.

- c. Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las alteraciones de la secreción láctea y de los procesos inflamatorios e infecciosos de la glándula mamaria.
- d. Promoción de la lactancia materna.

Evaluación

Se efectuará un examen escrito tipo opción múltiple, cuatrimestral, según el orden de los contenidos académicos por etapas o módulos del programa, por aula virtual.

ÁREA DE URGENCIAS MEDICO-QUIRÚRGICAS

Antecedentes:

Una urgencia médica pone en peligro la vida del paciente, por lo que requiere una atención inmediata; las urgencias se presentan en cualquier hora del día y en cualquier zona geográfica, sin importar raza, religión, posición económica etc., por lo que médico pasante debe ser capaz de resolver un sinnúmero de padecimientos urgentes para los cuales debe estar preparado; por tal motivo, los programas de entrenamiento en medicina han sido sujetos de innovaciones y aportaciones con relación a estos padecimientos que, sin duda, en esta época se manifiestan en forma mas frecuente. Así, el Infarto agudo del miocardio en adultos jóvenes que reviste características diferentes al clásico, los avances en el tratamiento de la crisis hipertensiva, la continua controversia en las causas y tratamiento de la pancreatitis, sin olvidar padecimientos endémicos que se presentan en poblaciones rurales como son las picaduras por insectos, etc., exigen excelencia en la capacitación del pasante en Servicio Social.

Justificación

El incremento de la morbi- mortalidad por causas secundarias o politraumatismos, enfermedades degenerativas así como el alto costo en recursos humanos y materiales que estos padecimientos significan para el país, establecen obligatoriamente la necesidad de capacitar adecuadamente al pasante.

Objetivo

El objetivo es que el pasante en servicio social refuerce y adquiera los conocimientos, destrezas (aptitudes profesionales) y actitudes necesarias para atender los padecimientos médicos del área de urgencias más comunes en nuestra población, acordes con el modelo de Médico General y con un enfoque integral y resolutivo, además de realizar acciones preventivas y epidemiológicas en la resolución de los problemas de urgencia más frecuentes en el país

Objetivos Específicos.

Que el pasante en Servicio Social identifique las características principales de los padecimientos de urgencia y valore la trascendencia del diagnóstico y pronóstico en el paciente grave y, en su caso, lo derive a un segundo nivel sin exponer la vida del paciente

Estado de Choque

- a. Concepto de Choque.
- b. Fisiopatogenia del Estado de choque.

- c. Características clínicas del Choque hipoglucémico.
- d. Características clínicas del Choque séptico.
- e. Características clínicas del Choque cardiogénico.
- f. Características clínicas del Choque neurogénico.
- g. Características clínicas del Choque anafiláctico.
- h. Esquema de tratamiento con soluciones parenterales.
- i. Farmacología en el Estado de choque.

Desequilibrio Hidroelectrolítico

- a. Distribución del agua corporal, según sexo y edad.
- b. Metabolismo del agua y mecanismos de concentración y dilución de la orina.
- c. Fisiopatología de la deshidratación.
- d. Clasificación clínica y por datos de laboratorio.
- e. Manifestaciones clínicas.
- f. Criterios diagnósticos.

Insuficiencia Respiratoria Aguda

- a. Fisiopatología de la Insuficiencia respiratoria aguda.
- b. Manifestaciones clínicas de la Insuficiencia cardíaca.

c. Tratamiento inmediato.

Insuficiencia Cardíaca

- a. Cambios hemodinámicas de la Insuficiencia cardíaca.
- b. Manifestaciones clínicas de la Insuficiencia cardíaca.
- c. Tratamiento inmediato.

Crisis Hipertensiva

- a. Fisiopatología de la Hipertensión arterial esencial.
- b. Cuadro clínico.
- c. Tratamiento inmediato.

Hemorragia del Aparato digestivo

- a. Etiología y fisiopatología.
- b. Protocolo de estudio.
- c. Medidas de tratamiento.

Síndrome Abdominal Agudo

- a. Concepto.

- b. Etiología.
- c. Fisiopatología.
- d. Protocolo de estudio.
- e. Tratamiento preoperatorio.

Complicaciones Agudas de Diabetes mellitus

- a. Fisiopatología de las complicaciones agudas de la Diabetes mellitus.
- b. Manifestaciones clínicas.
- c. Exámenes de laboratorio
- d. Tratamiento inmediato.

SUBPROGRAMA DE ASISTENCIA.

Para la atención que el médico pasante en Servicio Social debe ofrecer a la población que así lo requiere en la unidad operativa de salud correspondiente. Estos servicios se darán prioritariamente en los campos que a continuación se detallan y con base en una atención estratificada por niveles de atención; el ámbito de acción se contempla sobre todo en el primer nivel y de primer contacto y, cuando los casos lo ameriten, se plantea la canalización a otros niveles. Se debe tener claro que ante un padecimiento urgente, cualquier médico tiene la obligación de atender dicha urgencia.

ASISTENCIA MATERNO INFANTIL.

Objetivo General

Contribuir a la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad materno-infantil, mediante acciones preventivas de salud y de atención médica durante el embarazo, el parto, el puerperio y el primer mes de vida del niño.

Objetivos Específicos

- Brindar atención médica a las madres durante el embarazo, parto y puerperio.
 - Dar atención médica al niño, durante el primer mes de vida, considerando el binomio madre-hijo
 - Diagnóstico de embarazo.
-
- Importancia de la elaboración de la historia clínica completa, con énfasis en la valoración gineco-obstétrica.
 - Importancia de la prueba inmunológica.

Control de embarazo:

- Control por medio de citas mensuales durante los dos primeros trimestres de embarazo, quincenales durante el octavo mes y semanales durante el noveno mes, para actualizar el expediente clínico, el control de peso, tensión arterial y frecuencia cardíaca; anamnesis para detectar aparición de movimientos fetales, hemorragias o contracciones anormales.
- En todas las citas de control, realizar un examen clínico-obstétrico de la altura uterina y circunferencia abdominal, frecuencia cardíaca fetal (después de las 24 semanas de gestación), valoración de presentación fetal (después de 32 semanas), diagnóstico oportuno de enfermedades intercurrentes, (Diabetes mellitus, Sífilis, Infección urinaria,

Toxemia gravídica, etc.), vacunación antitetánica en cualquier momento durante el embarazo y recomendaciones nutricionales.

Atención del parto y del puerperio.

- Identificación del inicio del trabajo de parto.
- Identificación de las mujeres gestantes con problemas de parto y distocia
- Diagnosticar el estado clínico del producto.
- Atención a las mujeres gestantes desde el inicio del trabajo de parto.
- Vigilancia de los partos en sus periodos, inicial y avanzado.
- Canalización de las mujeres con problema de parto, elaboración de evaluaciones de las condiciones clínicas para su traslado, redacción del resumen clínico e indicación de instrucciones médicas para la vigilancia del traslado.
- Detección de complicaciones del puerperio inmediato y canalización de la paciente a segundo o tercer nivel, en los casos necesarios.

Atención del Recién nacido, el Lactante y el Pre-escolar

- Reanimación del recién nacido normal.
- Valoración APGAR y antropométrica.
- Elaboración de la historia clínica perinatal, completa.
- Identificación del recién nacido de alto riesgo, atención primaria y canalización oportuna.
- Establecimiento de citas periódicas (mínimo 5), para llevar el registro de talla, peso y estado general neurológico.

- Evaluación, mediante el esquema de DENVER, del desarrollo neurológico del niño de 0 a 6 años.
- Orientación a la madre sobre las características de la alimentación del niño de 0 a 6 años.
- Aplicación del esquema de inmunizaciones, de acuerdo al Programa Nacional de Vacunación Universal.
- Elaboración del registro y el expediente personal de cada niño, para la atención y cuidado de salud que incluye gráficas de edad-peso-talla.
- Establecimiento de un programa de vigilancia periódica de salud y su aplicación durante los primeros cuatro años.

ATENCIÓN DEL ESCOLAR Y EL ADOLESCENTE.

Objetivo General

Modificar las características de la atención médica del niño en la etapa escolar, para disminuir el índice de padecimientos que determinan la morbilidad, mortalidad y el bajo aprovechamiento escolar que perturban el desarrollo y crecimiento armónico de este grupo etéreo. Asimismo, fomentar el autocuidado de la salud en el adolescente, para modificar los índices de morbilidad y mortalidad y facilitar su crecimiento y desarrollo, armónicos y productivos.

Objetivos Específicos

- Controlar y vigilar el crecimiento y desarrollo sanos del niño y aplicar acciones médicas preventivas y curativas para modificar los factores patológicos que lo alteran.

- Controlar y vigilar el crecimiento y desarrollo sanos del adolescente y aplicar acciones médicas preventivas y curativas para modificar los factores patológicos que lo alteran, con énfasis en la prevención de los accidentes, las enfermedades venéreas y las adicciones al alcohol y a otras sustancias tóxicas.

Atención al Escolar

- Elaborar expedientes personales de la población escolar con la ayuda del equipo de salud y los maestros.
- Elaborar los registros y determinar las causas de las enfermedades y accidentes más frecuentes en la edad escolar en la región.
- Realizar actividades médicas tendientes a disminuir el índice de morbilidad y mortalidad en la etapa escolar.
- Realizar actividades de vigilancia epidemiológica, de padecimientos sujetos a ella, en las escuelas de la comunidad a su cargo.

Atención al Adolescente

- Identificar a la población que se encuentra entre los 11 y 15 años y entre los 16 y 20 años de edad.
- Elaborar los expedientes personales de la población adolescente, con ayuda del equipo de salud.
- Ubicar a la población económicamente activa, en las edades antes mencionadas.
- Determinar el índice de problemas de conducta y farmacodependencia.
- Calcular el índice de padecimientos infectocontagiosos en estos grupos de edades, especialmente en el diagnóstico de infecciones de transmisión sexual.

ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO Y DEL ADULTO MAYOR.

Objetivo General

Contribuir a la elevación de los niveles de salud de la población adulta y adulta mayor, con los recursos del primer nivel de atención, a través de acciones de prevención, curación y rehabilitación.

Objetivos específicos.

- Dar la atención médica integral de todos aquellos padecimientos transmisibles y no transmisibles que se presenten en la población adulta y adulta mayor

- Promover las acciones de salud necesarias para el tratamiento y la atención del adulto mayor, así como la prevención de los problemas de salud más frecuentes en este grupo etáreo.

Atención de Enfermedades transmisibles y no transmisibles

- a) Selección de los pacientes con sintomatología.
- b) Elaboración de las historias clínicas completas.
- c) Solicitud de estudios de laboratorio y gabinete necesarios.

- d) Realización de estudios auxiliares de diagnóstico a su alcance.
- e) Vigilancia de la evolución de los pacientes.
- f) Orientación directa a los pacientes y a sus familiares acerca de la enfermedad y su control adecuado en el hogar.
- g) Canalización oportuna de los pacientes al nivel de atención correspondiente.
- h) Realización de los estudios epidemiológicos.
- i) Establecimiento de medidas higiénico-dietéticas, individuales y familiares.
- j) Medidas de rehabilitación, en función del proceso evolutivo de la enfermedad y su tratamiento.
- k) Tratamiento oportuno.
- l) Organización de acciones para la detección temprana y el tratamiento oportuno de esos padecimientos.

Atención Médica del Adulto Mayor

- a) Identificación de la población en este grupo de edad (mayores de 60 años).
- b) Establecimiento de medidas higiénico-dietéticas para los casos detectados.
- c) Elaboración de las historias clínicas completas para todos los adultos mayores de la comunidad; vigilancia y atención de su estado de salud.
- d) Indicación de estudios de laboratorio y gabinete.
- e) Atención médica y de control.
- f) Establecimiento de las medidas de rehabilitación, en función de los padecimientos en este grupo específico de la población, y promocionar su incorporación a las actividades dentro del ámbito familiar, social y productivo.
- g) Instrucción a la familia sobre la atención integral del adulto mayor.

- h) Mecanismos de referencia oportuna a los niveles de atención correspondiente, según la patología o las necesidades de rehabilitación que sean detectadas.
- i) Orientación a la familia sobre la utilización oportuna de los servicios de salud para la atención del adulto mayor.
- j) Formación de grupos de ayuda mutua.

SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA E INVESTIGACIÓN

Introducción

Los médicos formados en la Facultad de estudios Zaragoza, desde el inicio de la carrera están ampliamente capacitados para realizar investigación clínica y epidemiológica, por lo que el Servicio Social es una gran oportunidad para llevar a cabo cualquier investigación. La Organización Mundial de la Salud señala que la Atención Primaria de Salud... “es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptados, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de responsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte, tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y núcleo principal, como el desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.”

Esta concepción implica, necesariamente, la participación de los médicos de primer contacto como son los médicos pasantes de las diversas instituciones y sectores, para participar en la investigación y por ende en la solución de los problemas sanitario-asistenciales

Para lograrlo, se requiere un hilo conductor que le dé un sentido integrador y globalizador a las diversas acciones que se realizan a lo largo del Servicio Social. Nos referimos a un proceso de investigación que, por lo general, se realiza al finalizar el año sin haberle reportado ninguna utilidad al médico pasante en Servicio Social (MPSS): el Estudio de Comunidad.

En este programa se plantea aprovechar la valiosa información que contiene el Estudio de comunidad, como eje alrededor del cual se elabore un plan de acción para los demás subprogramas, pero particularmente para el de Atención Primaria,

Así, el MPSS podrá plantear y desarrollar, a lo largo del año, tres programas fundamentales de la atención primaria:

- a) Educación para la salud
- b) Formación de promotores de salud (Trabajadores básicos de salud)
- c) Higiene Escolar

Objetivos Generales

Que los habitantes de la comunidad se conozcan y desarrollen las acciones básicas de prevención de enfermedades, para disminuir la morbimortalidad general.

Objetivos Específicos

Elaborar, con base en el Estudio de comunidad, un Diagnóstico de problemas y un Plan de Acción General para abordarlos. Este plan deberá contar con los tres programas básicos ya mencionados.

Elaborar e instrumentar, como parte del Plan de Acción General, un Programa de Educación para la Salud, acorde con las necesidades de la población.

Elaborar y desarrollar, como parte del mismo Plan General, un Programa de formación de promotores de salud, que responda a las necesidades sanitario-asistenciales de la comunidad.

Elaborar y desarrollar, dentro del marco del Plan de acción general, un Programa de higiene escolar encaminado a disminuir la morbilidad infantil más frecuente en la comunidad.

Descripción

El punto central para desarrollar este subprograma, consiste en impulsar la capacidad creativa y de investigación del MPSS, de tal forma que emplee la información recabada por sus antecesores en los estudios de comunidad para construirse una imagen, lo más completa posible, de la población en donde cumplirá con su Servicio Social a lo largo de

un año. Dicha información será complementada, si fuera necesario, con entrevistas a los líderes de la comunidad (maestro, sacerdote, presidente municipal, líder agrario, etc.) o a los integrantes del Comité de salud, en caso de que éste exista. Se deberá tomar en cuenta, sin embargo, que el Servicio Social es un año más en la formación académica y de servicio del médico, por lo cual debe dedicársele el tiempo necesario para obtener el mayor provecho de esta práctica.

Con estos elementos será más rápido y sencillo el proceso de adaptación del MPSS a la comunidad sede, puesto que “conocerá” desde el principio, en teoría, las características del lugar; aprendizaje que suele durar varios meses y se convierte en una frustración para el recién llegado. Por otro lado, aprenderá a detectar aspectos como la ubicación geográfica, flora y fauna, actividad productiva, sistemas políticos, filiación religiosa, acceso a servicios públicos básicos (agua, luz, drenaje, alcantarillado, etc.), acceso a servicios de salud y la relación de todos estos elementos con las principales causas de enfermedad y muerte.

En otras palabras, aprenderá a pensar en términos de riesgos para la salud, es decir, la prevención de enfermedades, lo que le permitirá planear con facilidad acciones encaminadas a controlar, atenuar o erradicar los principales problemas de morbi-mortalidad. Con esta panorámica, será capaz de seleccionar uno o dos elementos problemáticos para elaborar un Plan de Acción General que desarrollará a lo largo de su servicio social, con la ventaja de que éste responderá a las necesidades de la comunidad.

Actividades

- a) Conseguir en el Centro de Salud, la Jurisdicción Sanitaria o en la Secretaria de Salud Estatal, los ejemplares de Estudio de Comunidad de los dos años anteriores, o en la Coordinación del área terminal de Internado y Servicio Social, donde se encuentran registrados los trabajos finales de los médicos pasantes

- b) Revisar en forma sistemática la información contenida en los Estudios de comunidad, con el fin de hacer un diagnóstico o la actualización de los mismos desde el inicio del Servicio Social, para detectar los principales problemas sanitario-asistenciales existentes y así priorizar los problemas y elaborar un protocolo de intervención en su comunidad

- c) Elaborar un Plan de Acción General que incluya: descripción de los problemas, posibles soluciones (al alcance del MPSS), objetivos a alcanzar, acciones específicas (dentro de los programas de Educación para la Salud, Formación de Promotores de Salud e Higiene Escolar), tiempo destinado a cada acción (cronograma), responsable de las actividades (en caso de que se distribuya entre el equipo de salud: médico, enfermera, promotor o Comité de salud), evaluación de resultados (como determinar si se cumplió el objetivo).

- d) El Plan de Acción General podrá ser reestructurado en caso necesario y de acuerdo a las evaluaciones parciales que realice el MPSS, junto con el equipo de salud y, en su caso, con las autoridades que se encarguen de realizar una supervisión trimestral.

- e) Como parte del Plan de Acción se incluirá un apartado específico para determinar las acciones de Educación para la Salud que consistirán, básicamente, en pláticas individuales o grupales, en el consultorio o en un lugar más amplio de reunión, dirigido a grupos específicos de riesgo o a la comunidad en general; cuyos temas serán determinados

de acuerdo al diagnóstico de problemas elaborado previamente, así como a solicitud reiterada por parte de individuos o grupos de la comunidad (necesidades sentidas).

- f) Detectar si existe en la comunidad un Comité de salud que pueda apoyar la labor del MPSS. En caso de no existir, dirigirse a las autoridades para preguntar si existe alguna persona interesada en recibir la capacitación sanitario-asistencial básica, o de qué manera podría seleccionarse a dicho elemento. En caso de no obtener una respuesta, preguntar a los jóvenes de la localidad o las madres de familia que tengan interés en el Programa.
- g) Elaborar, en conjunto con los individuos que formarán parte del Programa, un temario básico de capacitación que incluya, entre otros, los siguientes elementos: medidas básicas de higiene personal (hombres, mujeres, niños, ancianos), de los alimentos, de la vivienda, de la comunidad y de personas enfermas; primeros auxilios básicos o avanzados, según sea el caso; detección de los principales padecimientos que requieran canalización a segundo nivel de atención; manejo de un cuadro básico de medicamentos para la patología más frecuente; conocimientos básicos de las etapas de desarrollo del niño y de la mujer embarazada.
- En caso de que el promotor sea una partera empírica, incluir un programa de supervisión capacitante que permita mejorar la técnica de atención de parto, cuidando de no subestimar la formación y las capacidades de esta persona.
- h) Delegar responsabilidades en los promotores de salud, de manera efectiva, de tal forma de que puedan continuar con su trabajo de promoción de la salud y prevención de enfermedades, aún en ausencia del MPSS.

- i) Realizar una visita a la Escuela Primaria de la comunidad para conocer sus características, ya que varían significativamente de una región a otra. En la visita se detectarán, por medio de entrevistas a autoridades y maestros, los principales problemas de morbilidad que se presentan; asimismo, se observará en forma directa cuales son las condiciones higiénicas de las instalaciones, en lo general y de los maestro y alumnos, en lo particular.

- j) Con los datos obtenidos, se elaborará un anteproyecto de las actividades a realizar en la escuela, el cual se mostrará a las autoridades y maestros para que expresen sus opiniones al respecto y, en su caso, ayuden a complementarlo o modificarlo de acuerdo con las necesidades que ellos consideren más urgentes.

- k) El programa de Higiene escolar deberá contar mínimamente con las siguientes áreas: Control del niño sano, detección y canalización, en su caso, de niños que requieran de atención en segundo nivel; Educación para la salud familiar (maestros y alumnos) y apoyo a las actividades docentes (desarrollo de algún tema del plan de estudio).

Evaluación

La evaluación de este subprograma deberá realizarse de acuerdo con los siguientes puntos:

- a) Elaboración y calidad de Plan de acción general, como resultado de la revisión de los estudios de comunidad previos. Estando en contacto con el asesor asignado por el Área terminal de Internado y Servicio Social, o de la jurisdicción sanitaria
- b) Cumplimiento de las actividades propuestas en dicho Plan, para cada una de las tres áreas básicas (apego al cronograma de actividades).
- c) Cantidad y calidad de las acciones realizadas.
- d) Acciones de autoaprendizaje que debió realizar el MPSS para resolver los problemas implícitos en el desarrollo de Plan Acción General (solicitar estos datos en el Informe general de actividades, o en bitácora, del MPSS).
- e) A través de una evaluación previa y posterior a la realización del Servicio Social, donde se indagarán las expectativas de formación del médico pasante, respecto a su Servicio Social y su opinión al culminar su año en la comunidad.

SUBPROGRAMA DE ASESORÍA Y APOYO ACADÉMICO A LA AUTO ENSEÑANZA

Introducción

Conociendo las dificultades que crea la dispersión de los alumnos durante el servicio social y con experiencia y análisis de la situación que predomina durante este proceso se hace necesario crear mecanismos que evalúen sus actividades, es así como surge el “Subprograma de Asesoría y Apoyo Académico a la Autoenseñanza, que abarcará a todos los alumnos de medicina que se encuentran prestando su servicio social en todos los Estados de la República. Los Médicos pasantes de servicio social tendrán la oportunidad de contar con un aula virtual que mantendrá en contacto a la mayoría de médicos pasantes, lo cual brindará apoyo en el momento necesario, además de la asignación de un asesor para la realización del trabajo final con quien mantendrá comunicación durante todo el año para ver los avances del diagnóstico de salud y su proyecto de intervención en la comunidad

Objetivo

- 1.- Establecer una coordinación académica por parte de la FES-Zaragoza con todos los prestantes del Servicio Social médico.
- 2.- Proporcionar al pasante de medicina un Subprograma Académico Regional que oriente su quehacer con base en los problemas de salud más importantes de los estados y localidades donde desempeñe su Servicio Social, otorgándole así la oportunidad de mantener conocimientos actualizados sobre las causas más importantes de morbilidad y mortalidad y las bases para realizar el examen para Residencias Médicas

3.- Establecer la asesoría a distancia y el apoyo académico de todos los pasantes de medicina en servicio social como elemento fundamental para verificar que se lleve a cabo en forma adecuada el Programa académico y que las actividades que desarrolla durante su práctica profesional sean las apropiadas.

Descripción

El Subprograma establece seis reuniones de autoenseñanza, apegadas a los problemas de salud más comunes en el primer nivel de atención. (mínimo cada trimestre en que el médico pasante se comunique vía electrónica, telefónica o presencial ante el asesor asignado entregando avances

La institución educativa de la región integrará un Comité de apoyo a los pasantes, para brindar el apoyo educativo y establecer comunicación permanente.

Se contará con la participación de catedráticos especialistas de las diferentes áreas clínicas, con la finalidad de apoyar la docencia y analizar los casos clínicos que enfrenta el pasante y que son motivo de la creación de los Programas regionales de autoenseñanza.

Evaluación

Al igual que a lo largo de la carrera, en este periodo se cuenta con un modelo de asesoría y evaluación para llevar el control académico del pasante.

Metodología

Durante el Servicio Social, el proceso enseñanza-aprendizaje adquiere características muy particulares: el alumno se incorpora, en la mayoría de los casos, a unidades médicas del primer nivel de atención, en las diversas instituciones de salud, que se localizan en comunidades rurales y áreas suburbanas y urbanas del país. Este hecho determina que el vínculo educando-educador, que caracteriza a la educación formal escolarizada, se modifique.

El proceso enseñanza-aprendizaje se centrará en el propio alumno, quien asumirá los roles educando-educador al mismo tiempo. La autoenseñanza se convierte en la principal característica de la educación durante este año, siendo responsabilidad de la Institución educativa, y con la participación de la Institución de Salud, desarrollar y aplicar las estrategias educativas que faciliten el aprendizaje del alumno durante este año, así como la asesoría y supervisión continuas.

Con base en lo mencionado y con el propósito de cumplir con los objetivos propuestos para el Servicio Social, se establecen los siguientes requisitos, con carácter obligatorio:

1. Curso introductorio al Servicio Social. Deberá realizarse previo al inicio del año de Servicio. En él, se proporcionará al alumno información sobre:
 - a) Objetivos y características del Servicio Social.
 - b) Programa académico de Servicio Social. Objetivos, características y actividades.
 - c) Objetivos, características y metodología para la elaboración del Diagnóstico de salud.
 - d) Objetivos, características y actividades del Sistema de Vigilancia Epidemiológica.

- e) Objetivos, características y metodología para la elaboración de un Programa de salud; Plan de acción.
 - f) Objetivos y características del Informe final de Servicio Social.
2. Material didáctico de apoyo. A través de éste se proporcionará información que apoye las actividades profesionales que el alumno deberá desarrollar durante este año. Los contenidos temáticos de este material se estructurarán de acuerdo a las áreas que integran el subprograma de autoenseñanza (Cirugía general, Medicina interna, Pediatría, Gineco-obstetricia y Urgencias); los subprogramas de Atención primaria y el de Salud pública. Este material podrá integrarse con: los informes finales de servicio social elaborados por los médicos pasantes de generaciones previas, textos, manuales, unidades de autoaprendizaje, monografías, etc.
3. Sesiones médico-académicas jurisdiccionales. En ellas se presentarán, en forma periódica, los casos individuales o comunitarios de salud que requieran asesoría y los temas que, de acuerdo a los problemas de salud nacionales, regionales y locales, requieran ser revisados. Al término del Servicio Social, el alumno deberá realizar el Informe final de Servicio Social, en el que se incluirá la información sobre las actividades académicas realizadas durante el año. De esta manera, el informe deberá considerarse como producto terminal del aprendizaje del alumno, constituyendo al mismo tiempo parte importante de su evaluación ya que sintetiza el trabajo académico y asistencial del alumno. Los informes elaborados en años anteriores podrían servir para la elaboración del informe actual.

El informe deberá contener:

1. Informe de actividades de investigación realizadas.
 - A) Diagnóstico de salud y/o actualización del mismo.
 - B) Estudios epidemiológicos.

2. Programa de salud de la comunidad o Plan de acción, que contendrá los siguientes aspectos básicos de la atención primaria:
 - A) Educación para la salud.
 - B) Formación de promotores de salud (o Trabajadores básicos de salud).
 - C) Higiene escolar.

3. Informe de actividades realizadas durante el Servicio Social y avances del Programa o Plan de acción ejecutado.

4. Autoevaluación académica del Servicio Social.

5. Supervisión y Asesorías

De la supervisión:

El Coordinador jurisdiccional de médicos pasantes elaborará el calendario de visitas de supervisión y asesoría del cual enviará una copia a la Jefatura de Área Terminal, Internado y Servicio Social de la Carrera de Médico Cirujano.

Durante la visita, el responsable utilizará las Guías de evaluación y Supervisión, diseñadas por la Jefatura de Área Terminal, Internado y Servicio Social (anexo 3).

Las anomalías detectadas por el supervisor en el desarrollo del Servicio Social serán comentados al pasante en forma respetuosa y clara, emitiendo recomendaciones para su corrección; de ser necesario, para asentar el antecedente, dichas recomendaciones se emitirán por escrito.

De las Asesorías:

Como se establece en la Norma para pasantes en Servicio Social, éste tiene la obligación de asistir a las sesiones académicas programadas salvo que, por escrito, se informe de su inasistencia debida a necesidades del servicio.

En las sesiones académicas, el pasante puede solicitar la asesoría del coordinador responsable, quien le atenderá o asignará un asesor.

Si el médico pasante en cualquier momento de su pasantía requiriese de asesoría, dirigirá una solicitud escrita a su coordinador responsable.

La coordinación responsable valorará las necesidades de la asesoría, si son para la atención de pacientes se pondrá en contacto, por la vía mas rápida, para la valoración del caso.

El pasante en servicio social, como responsable de su unidad médica de adscripción, solicitará se cubran las necesidades de medicamentos y material de curación, por lo que cualquier duda al respecto la consultará con su coordinador responsable.

Si la asesoría es de índole académica o de investigación, el coordinador lo planteará al responsable jurisdiccional para conjuntamente decidir la forma de atender la solicitud, ya sea solicitando la presencia del pasante, realizándole una visita o enviándole información documental.

En caso de que no se cuente con el material bibliográfico necesario, se solicitará la consulta o búsqueda bibliohemerográfica, al Área Terminal, Internado y Servicio Social, de la Carrera de Médico Cirujano, en la FES-Zaragoza.

TRAMITES ACADÉMICOS

De inscripción:

- La carrera de Médico Cirujano emite la convocatoria anual para registro al servicio social, mencionando los requisitos y las fechas para el cumplimiento de las diferentes etapas.
- Los alumnos realizan preinscripción en la Jefatura de Área Terminal, Internado y Servicio Social, de acuerdo con los requisitos y el proceso que determine esta última.
- Los alumnos asisten a Servicios Escolares para su revisión de estudios, entregando los formatos y documentación solicitada, en las fechas marcadas.
- Servicios Escolares expide Carta Constancia de 100% de créditos a los alumnos.
- Los alumnos seleccionan plaza para Servicio Social en acto público, de acuerdo con el promedio global de la carrera y teniendo como elemento de desempate el promedio del ciclo clínico básico y, por último, el orden alfabético

- La Jefatura de Área terminal, Internado y Servicio Social, emite la Carta de adscripción al Servicio Social, siempre y cuando se tengan cubiertos los requisitos.
- El pasante se registra en la plaza seleccionada ante la institución de salud correspondiente y recibe una “Constancia de adscripción”, de la cual deberá entregar original y copias a las instancias correspondientes.

De liberación:

- Al término del año de Servicio Social, el pasante presenta el Estudio de comunidad e Informe numérico narrativo, conjuntados en el formato de Informe final, revisado y autorizado por el asesor, al coordinador responsable para sello y firma.
- El Consejo de instrucción, basado en las evaluaciones trimestrales y el Informe Final de Comunidad, emite la Constancia de realización satisfactoria del SS (anexo 4), para los casos que lo ameriten, sellando y firmando de aceptación el Estudio de comunidad.
- Obtenidos los sello y firmas correspondientes, el pasante debe reproducir y entregar las siguientes copias del “Informe Final de Comunidad”, en formato PDF y en CD, siempre y cuando éstas sean requeridas por:
 - Unidad donde se realizó su Servicio Social.
 - Jurisdicción correspondiente.

- Servicios coordinados de Salud en el Estado.
- El pasante entrega en la Carrera de Médico Cirujano:
 - a) el original del Informe final para ser clasificado y copiado en formato electrónico para su conservación
 - b) la constancia de realización satisfactoria del Servicio Social (oficio de terminación o carta de terminación) recibiendo, a cambio, la “Carta de liberación”

Entregada la Carta de liberación de Servicio Social, el pasante continúa con sus trámites de titulación en las oficinas de Servicios Escolares de la FES Zaragoza y la UNAM.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 5
2. Ley Reglamentaria Del Artículo 5 Constitucional, Última reforma publicada DOF 19-08-2010
3. Ley General de Salud, artículo 84 y 85
4. Legislación Universitaria, artículo 4
5. Ley general de Educación
6. Programa Nacional de Servicio Social
7. Manual Del Pasante De Medicina De La Secretaria De Salud
8. Acosta Arreguín Eduardo. Lineamiento Normativo General del área de Estudios de Pregrado. Ciclos Clínicos, Internado y Servicio Social. Marzo, 1998. Pág. 73.
9. Carta de derechos de los pacientes. Dic. 2001.
10. Carta de derechos de los médicos.
Norma Oficial Mexicana del expediente clínico. Nom-168-SSA1.1998.
11. Secretaría de Salud. Dirección General de Enseñanza en Salud.
10. Subsecretaría de Regulación y Fomento.
11. Guía para la gestión de la atención primaria de salud, McMahac, Barton y Prot, OPS, 1997.

12. Manual de crecimiento y desarrollo del niño, Cosminsky, OPS, 1994.
13. Atención del niño con Infección respiratoria aguda: Curso sobre habilidades de supervisión OPS, 1992.
14. Atención primaria de salud, principios y métodos. Kroeger y Luna, OPS, 1992.
15. Manual de la Medicina de la adolescencia, OPS 1992.
16. Normas diagnósticos y terapéuticas, en Ginecología infanto-juvenil, OPS. 1992.
17. Uso racional de los medicamentos en el manejo de la diarrea aguda en niños, OPS, 1991.
18. Manual de Cirugía básica de la atención primaria. OPS, 1989.
19. Metodología de la investigación, Pineda et-al, OPS, 1994.
20. Principios de Epidemiología para el control de enfermedades, OPS, 1982.
21. Manual de técnicas para una estrategia de comunicación en salud, OPS, 1985.
22. Patología quirúrgica, Sagiston

23. Ginecología de Novakijones.
24. Obstetricia, Pertchard Williams.
25. Medicina interna Harrison-Isselbacher, editorial Interamericana Mc-Graw-Hill.
26. Medicina interna, Sterer.
27. Tratado de Pediatría, Behrman Nelson, Madrid, Editorial Interamericana.
28. Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida, OPS, 1997.
29. Las comunidades y su desarrollo. Batten, Fondo de Cultura Económica. 2002
30. Vacunas, ciencia y salud. Secretaría de salud.
31. Las universidades y la meta de salud para todos en el año 2000.
32. Manual para la vigilancia epidemiológica de VIH y SIDA. Secretaría de Salud.
33. Manual para la vigilancia epidemiológica de influenza. Secretaría de Salud.

34. Programa para la atención de la salud del niño en sus tres componentes: enfermedad diarreica aguda, nutrición e infección respiratoria aguda.
35. Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA2-1994, para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera.
36. Norma Oficial Mexicana NOM-021-SSA2-1994, para la prevención y control de Teniasis-Cisticercosis en el primer nivel de atención.
37. Proyecto de Norma Oficial, NOM-007-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica.
38. Diario oficial, 3 de junio de 1996. Reglamento interno de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
39. Norma Oficial Mexicana, NOM-022-SSA2-1994, para la prevención y control de la Brucelosis en el hombre, en el primer nivel de atención.
40. Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993, para la prevención y control de la Tuberculosis en la atención primaria a la salud.
41. Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-1993, para el fomento de la salud del escolar, Secretaría de Salud.
42. Lineamiento Técnico para la prevención diagnóstico y manejo de la Preeclampsia/Eclampsia, 1999. Secretaría de Salud.

43. Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento. Secretaría de Salud.
44. Reglamento de insumos para la salud, miércoles 4 de febrero de 1998. Secretaría de Salud.
45. Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, para el manejo integral para la obesidad. Secretaría de Salud.
46. Norma Oficial Mexicana NOM-0015-SSA2- 1994, para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes mellitus.
47. Norma Oficial Mexicana NOM-0014- SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervico-uterino.
48. Norma Oficial Mexicana, para la prevención, tratamiento y control de la Hipertensión arterial, NOM-030-55A2-1999.
49. Guía para la detección integrada de Diabetes e Hipertensión Arterial. Secretaría de Salud.
50. Norma Oficial Mexicana, NOM-0011-SSA2-1993, para la prevención y control de la rabia.
51. Norma Oficial Mexicana, NOM-007-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y mamario, en atención primaria.

52. Norma Oficial Mexicana, NOM-007.SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio del recién nacido.
53. Norma Oficial Mexicana, para el control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente NOM—008-55A2-1993.
54. Norma Oficial Mexicana, NOM-0005-SSA2-1993, de los servicios de Planificación familiar.
55. Manual de procedimientos para la capacitación a madres en el control de infecciones respiratorias agudas. Secretaría de Salud.
56. Manual de procedimientos para la capacitación a madres en el manejo de enfermedad diarreica aguda, en el hogar. Secretaría de Salud.
57. Manual de vigilancia epidemiológica de Sarampión y Enfermedad febril exantemática. Secretaría de Salud.
58. Norma Oficial Mexicana, NOM-0010-SS2-1993, para la prevención y control de infecciones por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Secretaría de Salud.
59. Cuadro Básico de Medicamentos para la atención primaria. Secretaría de Salud.
60. Manual para la vigilancia y control de Estado de Nutrición del Grupo Materno Infantil. Secretaría de Salud.

61. Guía para la Educación Alimentaria y la Orientación Higiénica. Secretaría de Salud.

62. Manual de vigilancia epidemiológica de Poliomiélitis y Parálisis flácida aguda. Secretaría de Salud.

63. Comité Local de Salud. Secretaría de Salud.

64. Manual de Normas para el Procedimiento Operativo para el Programa de Planificación Familiar. Secretaría de Salud.

65. Instructivo para el paciente expuesto a rabia. Secretaría de Salud.

ANEXOS

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3- 2012 DEL EXPEDIENTE CLINICO

Introducción

La revisión y actualización de esta norma, tiene como propósito establecer con precisión los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico, el cual se constituye en una herramienta de uso obligatorio para el personal del área de la salud, de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud.

Los criterios establecidos en esta norma, inciden en la calidad de los registros médicos, así como de los servicios y de sus resultados, toda vez que se requiere de la participación comprometida de médicos,

En el marco del ejercicio de los derechos del paciente, esta norma ratifica la importancia de que la autoridad sanitaria, garantice la libre manifestación de la voluntad del paciente de ser o no atendido a través de procedimientos clínicos o quirúrgicos, para lo cual, el personal de salud debe recabar su consentimiento, previa información y explicación de los riesgos posibles y beneficios esperados.

Un aspecto fundamental en esta norma, es el reconocimiento de la titularidad del paciente sobre los datos que proporciona al personal del área de la salud. En ese sentido, se han considerado aquellos datos que se refieren a su identidad personal y los que proporciona en relación con su padecimiento; a todos ellos, se les considera información confidencial. Lo anterior ratifica y consolida el principio ético del secreto profesional.

De igual manera, se reconoce la intervención del personal del área de la salud en las acciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que se registran y se incorporan en el expediente clínico a través de la formulación de notas médicas y otras de carácter diverso con motivo de la atención médica. En ellas, se expresa el estado de salud del

paciente, por lo que también se brinda la protección de los datos personales y se les otorga el carácter de confidencialidad.

Con la expectativa de que su contenido se convierta en una firme aportación a los esfuerzos y procesos de integración funcional y desarrollo del Sistema Nacional de Salud, esta norma impulsa el uso más avanzado y sistematizado del expediente clínico convencional en el ámbito de la atención médica y orienta el desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico principalmente.

Es importante señalar que para la correcta interpretación de esta norma se tomarán en cuenta invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, especialmente el de la libertad prescriptiva del personal médico a través de la cual, los profesionales y técnicos del área de la salud, habrán de prestar sus servicios a su leal saber y entender, en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten sus servicios.

1 Objetivo

Esta norma, establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico.

2 Campo de aplicación

Esta norma, es de observancia obligatoria para el personal del área de la salud y los establecimientos prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios.

3 Referencias

Para la correcta interpretación y aplicación de esta norma, es necesario consultar las siguientes Normas Oficiales Mexicanas o las que las sustituyan:

3.1 Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

3.2 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de Planificación familiar.

3.3 Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993, Para la prevención y control de la Tuberculosis en la atención primaria a la salud.

3.4 Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de anestesiología.

3.5 Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

3.6 Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

3.7 Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales.

3.8 Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del Cáncer cérvico uterino.

3.9 Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes mellitus en la atención primaria.

3.10 Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica.

3.11 Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.

3.12 Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

3.13 Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.

3.14 Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, En materia de información en salud.

3.15 Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

3.16 Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica.

4 Definiciones

Para los efectos de esta norma, se entenderá por:

4.1 Atención médica, al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

4.2 Cartas de consentimiento informado, a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.

4.3 Establecimiento para la atención médica, a todo aquél, fijo o móvil, público, social o privado, donde se presten servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de pacientes, cualquiera que sea su denominación, incluidos los consultorios.

4.4 Expediente clínico, al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

4.5 Hospitalización, al servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, así como, para los cuidados paliativos.

4.6 Interconsulta, procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud en la atención del paciente, a solicitud del médico tratante.

4.7 Paciente, a todo aquel usuario beneficiario directo de la atención médica.

4.8 Pronóstico, al juicio médico basado en los signos, síntomas y demás datos sobre el probable curso,

duración, terminación y secuelas de una enfermedad.

4.9 Referencia-contrarreferencia, al procedimiento médico-administrativo entre establecimientos para la atención médica de los tres niveles de atención, para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

4.10 Resumen clínico, al documento elaborado por un médico, en el cual, se registran los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico.

Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico y estudios de laboratorio y gabinete.

4.11 Urgencia, a todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y requiera atención inmediata.

4.12 Usuario, a toda aquella persona, que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.

5 Generalidades

5.1 Los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos de carácter público, social y privado, estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico los establecimientos serán solidariamente responsables respecto del cumplimiento de esta obligación, por parte del personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.

5.2 Todo expediente clínico, deberá tener los siguientes datos generales:

5.2.1 Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y en su caso, nombre de la institución a la que pertenece;

5.2.2 En su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario;

5.2.3 Nombre, sexo, edad y domicilio del paciente; y

5.2.4 Los demás que señalen las disposiciones sanitarias.

5.3 El médico, así como otros profesionales o personal técnico que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir las disposiciones de esta norma, en forma ética y profesional.

5.4 Los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del prestador de servicios médicos que los genera, cuando éste, no dependa de una institución. En caso de instituciones del sector público, además de lo establecido en esta norma, deberán observar las disposiciones que en la materia estén vigentes. Sin perjuicio de lo anterior, el paciente en tanto aportante de la información y beneficiario de la atención médica, tiene derechos de titularidad sobre la información para la protección de su salud, así como para la protección de la confidencialidad de sus datos, en los términos de esta norma y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables.

Por lo anterior, por tratarse de documentos elaborados en interés y beneficio del paciente, deberán ser conservados por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.

5.5 Para efectos de manejo de información, bajo los principios señalados en el numeral anterior, dentro del expediente clínico se deberá tomar en cuenta lo siguiente:

Los datos personales contenidos en el expediente clínico, que posibiliten la identificación del paciente, en términos de los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, no deberán ser divulgados o dados a conocer.

Cuando se trate de la publicación o divulgación de datos personales contenidos en el expediente clínico, para efectos de literatura médica, docencia, investigación o fotografías, que posibiliten la identificación del paciente, se requerirá la

autorización escrita del mismo, en cuyo caso, se adoptarán las medidas necesarias para que éste no pueda ser identificado.

5.5.1 Datos proporcionados al personal de salud, por el paciente o por terceros, mismos que, debido a que son datos personales son motivo de confidencialidad, en términos del secreto médico profesional y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables. Únicamente podrán ser proporcionados a terceros cuando medie la solicitud escrita del paciente, el tutor, representante legal o de un médico debidamente autorizado por el paciente, el tutor o representante legal;

5.6 Los profesionales de la salud están obligados a proporcionar información verbal al paciente, a quién ejerza la patria potestad, la tutela, representante legal, familiares o autoridades competentes. Cuando se requiera un resumen clínico u otras constancias del expediente clínico, deberá ser solicitado por escrito. Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos las autoridades judiciales, órganos de procuración de justicia y autoridades administrativas.

5.7 En los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, por todo el personal del establecimiento, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, así como, las disposiciones establecidas en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.14 de esta norma y demás disposiciones jurídicas aplicables.

Sólo será dada a conocer a las autoridades judiciales, órganos de procuración de justicia y autoridades administrativas.

5.8 Las notas médicas, reportes y otros documentos que surjan como consecuencia de la aplicación de esta norma, deberán apegarse a las disposiciones jurídicas que resulten aplicables, relacionadas con la prestación de servicios de atención médica, cuando sea el caso.

5.9 Las notas médicas y reportes a que se refiere esta norma deberán contener: nombre completo del paciente, edad, sexo y en su caso, número de cama o expediente.

5.10 Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables.

Urgencias y hospitalización, debiendo observar, además de los requisitos mínimos señalados en esta norma, los establecidos en las Normas Oficiales Mexicanas, referidas en los numerales 3.2, 3.3, 3.5, 3.7, 3.8, 3.9, 3.11, 3.13, 3.14, 3.15 y 3.16 de esta norma, respectivamente. Cuando en un mismo establecimiento para la atención médica, se proporcionen varios servicios, deberá integrarse un solo expediente clínico por cada paciente, en donde consten todos y cada uno de los documentos generados por el personal que intervenga en su atención.

5.11 Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

5.12 De manera optativa, se podrán utilizar medios electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos o de cualquier otra tecnología en la integración de un expediente clínico, en los términos de las disposiciones jurídicas aplicables.

5.13 Los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, podrán elaborar formatos para el expediente clínico, tomando en cuenta los requisitos mínimos establecidos en esta norma.

5.14 El expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios genéricos de consulta general, de especialidad

5.15 El expediente odontológico que se integre en un establecimiento para la atención médica ambulatoria independiente o no ligado a un establecimiento hospitalario, se ajustará a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.7 de esta norma.

5.16 Para el caso de los expedientes de atención psicológica, de nutriología o similares, que se integren en un establecimiento para la atención médica ambulatoria independiente o no ligado a un establecimiento hospitalario, tanto la historia clínica como las notas de evolución, se ajustarán a la naturaleza de los servicios prestados, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

5.17 El registro de la transfusión de unidades de sangre o de sus componentes, se llevará a cabo de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.1 de esta norma.

5.18 Además de los documentos especificados en esta norma como obligatorios, se podrá contar con: cubierta o carpeta, hoja frontal, en su caso notas de trabajo social, nutrición, ficha laboral y los que se consideren necesarios para complementar la información sobre la atención del paciente.

5.19 En los casos en que medie un contrato suscrito por las partes para la prestación de servicios de atención médica, invariablemente deberá existir una copia de dicho contrato en el expediente clínico.

5.20 Al interior de los establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud, se podrá evaluar la calidad del expediente clínico, a través de organismos colegiados internos o externos. Para tal efecto, podrán utilizar el Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y

de calidad, incorporado en esta norma como Apéndice A (Informativo).

5.21 Las personas físicas, morales, representantes legales o la persona facultada para ello, en los establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria de los sectores público, social y privado, en su caso, podrán solicitar la evaluación de la conformidad respecto de esta norma, ante los organismos acreditados y aprobados para dicho propósito.

6 Del expediente clínico en consulta general y de especialidad

Deberá contar con:

6.1 Historia Clínica.

Deberá elaborarla el personal médico y otros profesionales del área de la salud, de acuerdo con las necesidades específicas de información de cada uno de ellos en particular, deberá tener, en el orden señalado, los apartados siguientes:

6.1.1 Interrogatorio.- Deberá tener como mínimo: ficha de identificación, en su caso, grupo étnico, antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales patológicos (incluido uso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas, de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.12 de esta norma) y no patológicos, padecimiento actual (indagar acerca de tratamientos previos de tipo convencional, alternativos y tradicionales) e interrogatorio por aparatos y sistemas;

6.1.2 Exploración física.- Deberá tener como mínimo: habitus exterior, signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), peso y talla, así como, datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales o específicamente la información que corresponda a la materia del odontólogo, psicólogo, nutriólogo y otros profesionales de la salud;

6.1.3 Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros;

6.1.4 Diagnósticos o problemas clínicos;

6.1.5 Pronóstico;

6.1.6 Indicación terapéutica.

6.2 Nota de evolución.

Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente. Describirá lo siguiente:

6.2.1 Evolución y actualización del cuadro clínico (en su caso, incluir abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas);

6.2.2 Signos vitales, según se considere necesario.

6.2.3 Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente;

6.2.4 Diagnósticos o problemas clínicos;

6.2.5 Pronóstico;

6.2.6 Tratamiento e indicaciones médicas; en el caso de medicamentos, señalando como mínimo la dosis, vía de administración y periodicidad.

6.3 Nota de Interconsulta.

La solicitud deberá elaborarla el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico. La nota deberá elaborarla el médico consultado y deberá contar con:

6.3.1 Criterios diagnósticos;

6.3.2 Plan de estudios;

6.3.3 Sugerencias diagnósticas y tratamiento; y

6.3.4 Los demás que marca el numeral 7.1 de esta norma.

6.4 Nota de referencia/traslado.

De requerirse, deberá elaborarla un médico del establecimiento y deberá anexarse copia del resumen clínico con que se envía al paciente, constará de:

6.4.1 Establecimiento que envía;

6.4.2 Establecimiento receptor;

6.4.3 Resumen clínico, que incluirá como mínimo:

6.4.3.1 Motivo de envío;

6.4.3.2 Impresión diagnóstica (incluido abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas);

6.4.3.3 Terapéutica empleada, si la hubo.

7 De las notas médicas en urgencias

7.1 Inicial.

Deberá elaborarla el médico y deberá contener lo siguiente:

7.1.1 Fecha y hora en que se otorga el servicio;

7.1.2 Signos vitales;

7.1.3 Motivo de la atención;

7.1.4 Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso;

7.1.5 Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente;

7.1.6 Diagnósticos o problemas clínicos;

7.1.7 Tratamiento y pronóstico.

7.2 Nota de evolución.

Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2, de esta norma;

7.2.1 En los casos en que el paciente requiera interconsulta por médico especialista, deberá quedar por escrito, tanto la solicitud, que deberá realizar el médico solicitante, como la nota de interconsulta que deberá realizar el médico especialista.

7.3 De referencia/traslado.

Las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.4, de esta norma.

8 De las notas médicas en hospitalización

8.1 De ingreso.

Deberá elaborarla el médico que ingresa al paciente y deberá contener como mínimo los datos siguientes: **8.1.1** Signos vitales;

8.1.2 Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso;

8.1.3 Resultados de estudios, de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;

8.1.4 Tratamiento y pronóstico.

8.2 Historia clínica.

8.3 Nota de evolución.

Deberá elaborarla el médico que otorga la atención al paciente cuando menos una vez por día y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2, de esta norma.

8.4 Nota de referencia/traslado.

Las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.4, de esta norma.

8.5 Nota Preoperatoria.

Deberá elaborarla el cirujano que va a intervenir al paciente, incluyendo a los cirujanos dentistas (excepto el numeral 8.5.7 para estos últimos) y deberá contener como mínimo:

8.5.1 Fecha de la cirugía;

8.5.2 Diagnóstico;

8.5.3 Plan quirúrgico;

8.5.4 Tipo de intervención quirúrgica;

8.5.5 Riesgo quirúrgico;

8.5.6 Cuidados y plan terapéutico preoperatorios; y

8.5.7 Pronóstico.

8.6 Un integrante del equipo quirúrgico podrá elaborar un reporte de la lista de verificación de la cirugía, en su caso, podrá utilizar la lista Organización Mundial de la Salud en esta materia para dicho propósito.

8.7 Nota pre anestésica, vigilancia y registro anestésico.

Se elaborará de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.4 de esta norma y demás disposiciones jurídicas aplicables.

8.8 Nota postoperatoria.

Deberá elaborarla el cirujano que intervino al paciente, al término de la cirugía, constituye un resumen de la operación practicada y deberá contener como mínimo:

8.8.1 Diagnóstico preoperatorio;

8.8.2 Operación planeada;

8.8.3 Operación realizada;

8.8.4 Diagnóstico postoperatorio;

8.8.5 Descripción de la técnica quirúrgica;

8.8.6 Hallazgos transoperatorios;

- 8.8.7** Reporte del conteo de gasas, compresas y de instrumental quirúrgico;
 - 8.8.8** Incidentes y accidentes;
 - 8.8.9** Cuantificación de sangrado, si lo hubo y en su caso transfusiones;
 - 8.8.10** Estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorios;
 - 8.8.11** Ayudantes, instrumentistas, anesthesiólogo y circulante;
 - 8.8.12** Estado post-quirúrgico inmediato;
 - 8.8.13** Plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato;
 - 8.8.14** Pronóstico;
 - 8.8.15** Envío de piezas o biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico;
 - 8.8.16** Otros hallazgos de importancia para el paciente, relacionados con el quehacer médico;
 - 8.8.17** Nombre completo y firma del responsable de la cirugía.
- 8.9** Nota de egreso.
- Deberá elaborarla el médico y deberá contener como mínimo:
- 8.9.1** Fecha de ingreso/egreso;
 - 8.9.2** Motivo del egreso;
 - 8.9.3** Diagnósticos finales;
 - 8.9.4** Resumen de la evolución y el estado actual;

8.9.5 Manejo durante la estancia hospitalaria;

8.9.6 Problemas clínicos pendientes;

8.9.7 Plan de manejo y tratamiento;

8.9.8 Recomendaciones para vigilancia ambulatoria;

8.9.9 Atención de factores de riesgo (incluido abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas);

8.9.10 Pronóstico;

8.9.11 En caso de defunción, señalar las causas de la muerte acorde a la información contenida en el certificado de defunción y en su caso, si se solicitó y se llevó a cabo estudio de necropsia hospitalaria.

9 De los reportes del personal profesional y técnico

9.1 Hoja de enfermería.

Deberá elaborarse por el personal en turno, según la frecuencia establecida por las normas internas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo:

9.1.1 Habitus exterior;

9.1.2 Gráfica de signos vitales;

9.1.3 Ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía prescrita;

9.1.4 Procedimientos realizados; y

9.1.5 Observaciones.

9.2 De los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Deberá elaborarlo el personal que realizó el estudio y deberá contener como mínimo:

9.2.1 Fecha y hora del estudio;

9.2.2 Identificación del solicitante;

9.2.3 Estudio solicitado;

9.2.4 Problema clínico en estudio;

9.2.5 Resultados del estudio;

9.2.6 Incidentes y accidentes, si los hubo;

9.2.7 Identificación del personal que realizó el estudio;

9.2.8 Nombre completo y firma del personal que informa.

10 Otros documentos

Además de los documentos mencionados, debido a que sobresalen por su frecuencia, pueden existir otros del ámbito ambulatorio u hospitalario que por ser elaborados por personal médico, técnico o administrativo, obligatoriamente deben formar parte del expediente clínico:

10.1 Cartas de consentimiento informado.

10.1.1 Deberán contener como mínimo:

10.1.1.1 Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, en su caso;

10.1.1.2 Nombre, razón o denominación social del establecimiento;

10.1.1.3 Título del documento;

10.1.1.4 Lugar y fecha en que se emite;

10.1.1.5 Acto autorizado;

10.1.1.6 Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado;

10.1.1.7 Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva; y

10.1.1.8 Nombre completo y firma del paciente, si su estado de salud lo permite, en caso de que su estado de salud no le permita firmar y emitir su consentimiento, deberá asentarse el nombre completo y firma del familiar más cercano en vínculo que se encuentre presente, del tutor o del representante legal;

10.1.1.9 Nombre completo y firma del médico que proporciona la información y recaba el consentimiento para el acto específico que fue otorgado, en su caso, se asentarán los datos del médico tratante.

10.1.1.10 Nombre completo y firma de dos testigos.

10.1.2 Los eventos mínimos que requieren de cartas de consentimiento informado serán:

10.1.2.1 Ingreso hospitalario;

10.1.2.2 Procedimientos de cirugía mayor;

10.1.2.3 Procedimientos que requieren anestesia general o regional;

10.1.2.4 Salpingoclasia y vasectomía;

10.1.2.5 Donación de órganos, tejidos y trasplantes;

10.1.2.6 Investigación clínica en seres humanos;

10.1.2.7 Necropsia hospitalaria;

10.1.2.8 Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo;

10.1.2.9 Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.

10.1.3 El personal de salud podrá obtener cartas de consentimiento informado adicionales a las previstas en el numeral 10.1.2, cuando lo estime pertinente, sin que, para ello sea obligatorio el empleo de formatos impresos.

10.1.4 En los casos de urgencia, se estará a lo previsto en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

10.2 Hoja de egreso voluntario.

10.2.1 Documento por medio del cual el paciente, el familiar más cercano, tutor o representante legal, solicita el egreso, con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar;

10.2.2 Cuando el egreso sea voluntario, aun en contra de la recomendación médica, la hoja se elaborará conforme a lo dispuesto en el artículo 79 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica y relevará de responsabilidad al establecimiento y al médico tratante. En el caso de egreso voluntario para continuar el tratamiento médico en otro establecimiento para la atención médica, la hoja deberá tener el nombre y firma del médico que lo autoriza.

10.2.3 Deberá elaborarla el médico y deberá contener como mínimo los siguientes datos:

10.2.3.1 Nombre y domicilio del establecimiento;

10.2.3.2 Fecha y hora del egreso;

10.2.3.3 Nombre completo del paciente o del representante legal, en su caso, edad, parentesco, nombre y firma de quien solicita el egreso;

10.2.3.4 Resumen clínico que se emitirá conforme a lo previsto en el apartado 6.4.3 de esta norma;

10.2.3.5 Medidas recomendadas para la protección de la salud del paciente y para la atención de factores de riesgo;

10.2.3.6 En su caso, nombre completo y firma del médico que otorgue la responsiva;

10.2.3.7 Nombre completo y firma del médico que emite la hoja; y

10.2.3.8 Nombre completo y firma de dos testigos.

10.3 Hoja de notificación al Ministerio Público.

En casos en los que sea necesario dar aviso a los órganos de procuración de justicia, la hoja de notificación deberá contener:

10.3.1 Nombre, razón o denominación social del establecimiento notificador;

10.3.2 Fecha de elaboración;

10.3.3 Identificación del paciente;

10.3.4 Acto notificado;

10.3.5 Reporte de lesiones del paciente, en su caso;

10.3.6 Agencia del Ministerio Público a la que se notifica; y

10.3.7 Nombre completo y firma del médico que realiza la notificación.

10.4 Reporte de causa de muerte sujeta a vigilancia epidemiológica.

La realizará el médico de conformidad con lo que establece la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.10, de esta norma.

10.5 Notas de defunción y de muerte fetal.

Deberá elaborarla el médico facultado para ello.

10.6 Todas las notas a que se refiere el presente apartado deberán contener:

10.6.1 Un encabezado con fecha y hora;

10.6.2 El nombre completo y firma de quien la elabora.

11 Concordancia con normas internacionales y mexicanas

Esta norma concuerda con normas internacionales ni mexicanas.

12 Bibliografía

12.1 Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La Cirugía Segura Salva Vidas, WHO/IER/PSP/, Francia, 2008.

12.2 Aguirre Gas Héctor. Calidad de la atención médica. Conferencia Interamericana de Seguridad Social, México. 1997.

12.3 Carta de los Derechos Generales de los Pacientes. Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

12.4 Consentimiento Válidamente Informado, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 1a. Edición, México, D.F. 2004.

12.5 Dawdy-MR; Hunter-DW; Gilmore-RA. Correlation of patient entry rates and physician documentation errors in dictated and handwritter emergency treatment records. Am. J. Emerg. Med. 15 (2): 115-7; Mar. 1997.

12.6 Estudio analítico del expediente clínico, Facultad de Medicina Universidad Nacional Autónoma de México, 1997.

12.7 La Historia Clínica, en Responsabilidad Legal del Profesional Sanitario. Asociación Española de Derecho Sanitario. Madrid, España. 2000. Pág. 11 y ss.

12.8 Ley General de Salud.

12.9 Manual de Procedimientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes. Dirección General de Regulación de Servicios de Salud, 1995.

12.10 Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

12.11 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

12.12 Tabak-N, Ben-Or-T. Juridic and medical nursing aspects of documentation, recording and reporting. Med. Law. 1995; 14 (3-4): 275-82.

13 Vigilancia

La vigilancia de la aplicación de esta norma, corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de sus respectivas competencias.

14 Vigencia

Esta norma, entrará en vigor a los 60 días naturales, contados a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

TRANSITORIO.- La entrada en vigor de esta norma, deja sin efectos a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 1999 y su modificación publicada el 22 de agosto de 2003 en el mismo órgano oficial de difusión.

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 29 de junio de 2012.- El Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, **Germán Enrique Fajardo Dolci.-** Rúbrica.

Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad

CALIDAD DE LOS CRITERIOS Y CUMPLIMIENTO NORMATIVO	
DI	INTEGRACION DEL EXPEDIENTE
1.	Existe el expediente clínico solicitado
2.	Tiene un número único de identificación
3.	Se incorpora un índice guía en las carpetas
4.	Los documentos están secuencialmente ordenados y completos
5.	Escrito con letra legible en lenguaje técnico médico
6.	Sin abreviaturas, tachaduras y enmendaduras
7.	Se anexa la lista de verificación para las intervenciones quirúrgicas

D2	HISTORIA CLINICA
1.	Ficha de Identificación
2.	Antecedentes heredo familiares
3.	Antecedentes personales no patológicos
4.	Antecedentes personales patológicos
5.	Padecimiento actual
6.	Interrogatorio por aparatos y sistemas
7.	Exploración física (habitus exterior, signos vitales, datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, extremidades y genitales)
8.	Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros
9.	Terapéutica empleada y resultados obtenidos (medicamento, vía, dosis, periodicidad)
10.	Diagnóstico(s) o problemas clínicos
11.	Nombre completo, cédula profesional y firma del médico
D3	EN GENERAL DE LAS NOTAS MEDICAS NU NE NT NI NPE-O NPE-A NP0-Q NPO-A
1.	Nombre del paciente
2.	Fecha y hora de elaboración
3.	Edad y sexo
4.	Signos vitales (Peso, talla, tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura)
5.	Resumen del interrogatorio

6.	Exploración física
7.	Resultado de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento
8.	Diagnóstico(s) o problemas clínicos
9.	Plan de estudio y/o Tratamiento (indicaciones médicas, vía, dosis, periodicidad)
10.	Pronóstico
11.	Nombre completo, cédula profesional y firma del médico
D4	ESPECIFICACIONES DE LAS NOTAS MEDICAS NOTAS DE URGENCIAS
12.	Motivo de la consulta
13.	Estado mental del paciente
14.	Se menciona destino de paciente después de la atención de urgencias
15.	Se precisan los procedimientos en el área de urgencias
D5	NOTAS DE EVOLUCION (NE)
12.	Existencia de nota médica por turno
13.	Evolución y actualización de cuadro clínico
D6	NOTAS DE REFERENCIA/TRASLADO
12.	Motivo de envío
13.	Establecimiento que envía y establecimiento receptor
14.	Nombre del médico responsable de la recepción del paciente en caso de urgencia

D7	NOTAS DE INTERCONSULTA
12.	Criterio diagnóstico
13.	Sugerencias diagnósticas y de tratamiento
14.	Motivo de la consulta
D8	NOTA PRE-OPERATORIA
12.	Fecha de la cirugía a realizar
13.	Diagnóstico pre-operatorio
14.	Plan quirúrgico
15.	Riesgo quirúrgico
16.	Cuidados y plan terapéutico preoperatorio
D9	NOTA PRE-ANESTESICA
12.	Evaluación clínica del paciente
13.	Tipo de anestesia
14.	Riesgo anestésico
D10	NOTA POST-OPERATORIA
12.	Operación planeada
13.	Operación realizada
14.	Diagnóstico post-operatorio
15.	Descripción de la técnica quirúrgica
16.	Hallazgos transoperatorios
17.	Reporte de gasas y compresas

18.	Incidentes y accidentes
19.	Cuantificación de sangrado
20.	Resultados e interpretación de estudios de servicios auxiliares de diagnóstico transoperatorios
21	Estado post-quirúrgico inmediato
22.	Plan manejo y tratamiento post-operatorio inmediato
23.	Envío de piezas y biopsias quirúrgicas para examen macroscópico
D11	NOTA POST-ANESTESICA
12.	Medicamentos utilizados
13.	Duración de la anestesia
14.	Incidentes y accidentes atribuibles a la anestesia
15.	Cantidad de sangre o soluciones aplicadas
16.	Estado clínico del enfermo a su egreso de quirófano
17.	Plan manejo y tratamiento inmediato
D12	NOTA DE EGRESO
1.	Nombre del paciente
2.	Edad y sexo
3.	Fecha y hora de elaboración
4.	Signos vitales (peso, talla, tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura)
5.	Fecha y hora del ingreso/egreso hospitalario
6.	Días de estancia en la unidad

7.	Se identifica si es reingreso por la misma afección en el año
8.	Diagnóstico(s) de ingreso. Contiene diagnóstico principal y diagnósticos secundarios
9.	Resumen de la evolución y el estado actual
10.	Manejo durante la estancia hospitalaria
11.	Diagnóstico(s) final(es)
12.	Fecha y hora de procedimientos realizados en su caso
13.	Motivo de egreso (máximo beneficio, por mejoría, alta voluntaria, exitus)
14.	Problemas clínicos pendientes
15.	Plan de manejo y tratamiento
16.	Recomendaciones para la vigilancia ambulatoria
17.	Nombre completo, cédula profesional y firma del médico
D13	HOJA DE ENFERMERIA
1.	Identificación del paciente
2.	Habitus exterior
3.	Gráfica de signos vitales
4.	Administración de medicamentos (fecha, hora, vía, dosis, nombre de quien aplica el medicamento)
5.	Procedimientos realizados
6.	Valoración del dolor (localización y escala)
7.	Nivel de riesgo de caídas
8.	Observaciones

9.	Nombre completo y firma de quien elabora
----	--

D14	DE LOS SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMEINTO
1.	Fecha y hora del estudio
2.	Estudio solicitado
3.	Problema clínico en estudio
4.	Especifica incidentes o accidentes
5.	Descripción de resultados e interpretación por el médico tratante (excepto estudios histopatológicos)
6.	Nombre completo y firma del médico
D15	REGISTRO DE LA TRANSFUSION DE UNIDADES DE SANGRE O DE SUS COMPONENTES
1.	Cantidad de unidades, volumen, número de identificación de las unidades de sangre o de sus componentes transfundidos
2.	Fecha y hora de inicio y finalización de la transfusión
3.	Control de signos vitales y estado general del paciente, antes, durante y después de la transfusión
4.	En caso de reacciones adversas a la transfusión indicar su tipo y manejo, así como, los procedimientos para efecto de la investigación correspondiente
5.	Nombre completo y firma del médico que indicó la transfusión, así como del personal de salud encargado de la aplicación, vigilancia y control de la transfusión
D16	TRABAJO SOCIAL (EN SU CASO)

1.	Se integra copia en el expediente clínico del estudio socioeconómico de trabajo social
2.	Nombre completo y firma del médico
D17	CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*
1.	Nombre de la Institución a la que pertenece el establecimiento médico
2.	Nombre o razón social del establecimiento médico
3.	Título del documento
4.	Lugar y fecha
5.	Acto autorizado
6.	Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado
7.	Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva*
8.	Nombre y firma de la persona que otorga la autorización*
9.	Nombre y firma de los testigos* (en caso de amputación, mutilación o extirpación orgánica que produzca modificación física permanente o en la condición fisiológica o mental del paciente)
10.	Nombre completo y firma de quien realiza el acto autorizado
11.	Se elaboran tantos consentimientos como eventos médicos lo ameritan
* En caso de incapacidad transitoria o permanente y ante la imposibilidad de que el familiar tutor o representante legal firme el consentimiento, se procederá bajo acuerdo de por lo menos dos de los médicos autorizados por el hospital dejando por escrito constancia en el expediente clínico.	

D18	HOJA DE EGRESO VOLUNTARIO
1.	Nombre y dirección del establecimiento
2.	Nombre del paciente
3.	Fecha y hora del alta hospitalaria
4.	Nombre completo, edad, parentesco y firma de quien solicita el alta voluntaria
5.	Resumen clínico
6.	Medidas recomendadas para la protección de la salud del paciente y para la atención de factores de riesgo
7.	En su caso, nombre completo y firma del médico
8.	Nombre completo y firma de los testigos

D19	HOJA DE NOTIFICACION AL MINISTERIO PUBLICO
1.	Nombre, razón o denominación social del establecimiento notificador
2.	Fecha de elaboración
3.	Identificación del paciente
4.	Acto notificado
5.	Reporte de lesiones del paciente en su caso
6.	Agencia del ministerio público a la que se notifica
7.	Nombre completo, cédula profesional y firma del médico que realiza la notificación
8.	Reporte de causa de muerte sujeta a vigilancia epidemiológica
D20	NOTA DE DEFUNCION Y DE MUERTE FETAL

1.	Se integra copia en el Expediente Clínico
2.	Nombre completo, cédula profesional y firma de quien lo elabora
3.	Fecha y hora de elaboración
D21	ANALISIS CLINICO
1.	Existe congruencia clínico-diagnóstica
2.	Existe congruencia diagnóstico-terapéutica
3.	Existe congruencia diagnóstico-pronóstico

OTROS DOCUMENTOS.

Notas de enfermería también bajo esta NORMA, hojas con resultados de laboratorio y gabinete, Cartas de Consentimiento bajo información (ingresos, actos médicos: cirugía mayor, salpingoclasia, vasectomías etc.), hoja de egreso voluntario, hoja de notificación al ministerio público, hoja de trabajo social, gráficas, notas de defunción y de muerte fetal.

BIBLIOGRAFÍA:

Boletín informativo del comité de calidad del hospital de pediatría CNM SXXI, No. 1, Año 3, Enero 1997.

Para la correcta aplicación de la presente NOM DEL EXPEDIENTE CLÍNICO es necesario consultar las siguientes NORMAS:

NOM-003-SSA2-1993, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos

NOM-005-SSA21993, De los servicios de Planificación Familiar.

- NOM-006-SSA2-1993, Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención Primaria de la salud.
- NOM-007-SSA2-1993, Atención A La Mujer Durante El Embarazo Parto y Puerperio y del recién Nacido.
- NOM-008-SSA2-1993, Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del niño y del adolescente.
- NOM-013-SSA2-1994, Para la prevención y control de enfermedades bucales.
- NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de cáncer del útero y de la mama en la atención Primaria.
- NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus en la atención primaria.
- NOM-017-SSA2-1994, Para la Vigilancia Epidemiológica.
- NOM-024-SSA2-1994, Para la prevención y control de la Infecciones Respiratorias Agudas.
- NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médica-Psiquiátrica.
- Ley General de Salud.

CARTA DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES

PRESENTACIÓN:

Carta de los derechos generales de los pacientes. Diciembre, 2001 El mensaje central del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 destaca el esfuerzo que se hará para progresar en la salud de los mexicanos, lo que supone entre muchos otros, la aplicación de las normas y los procedimientos en las instituciones, con un sentido centrado en la tradición social. De igual forma, se considera que para hacer realidad estos proyectos, México debe contar con un sistema que responda con calidad y respeto a las necesidades y expectativas de los mexicanos, que amplíe sus posibilidades de elección, que cuente con instancias eficaces para la presentación de quejas y con mecanismos de participación en la toma de decisiones. Para coadyuvar al cabal cumplimiento de estos compromisos, surge la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, la cual propone mejorar la calidad de los servicios de salud abatiendo las desigualdades entre entidades, instituciones y niveles de atención, lo que implica entre otros aspectos, garantizar un trato digno a los usuarios, proporcionarles información completa y una atención oportuna.

Por ello, el programa Nacional de Salud, destaca la importancia del respeto a los derechos de los pacientes, fomentando una cultura de servicio orientada a satisfacer sus demandas, lo que entraña respetar su dignidad y autonomía, garantizar la confidencialidad de la información generada en la relación médico-paciente y brindar una atención que minimice los múltiples puntos de espera. Aspectos de mayor relevancia en los que la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) en sus 5 años de labores ha contribuido intensamente, favoreciendo la aplicación de medios alternativos

para la solución de conflictos, y no solo ha puesta a disposición de médicos y pacientes la posibilidad de resolver sus diferencias a través de la conciliación y el arbitraje, sino que además, estadísticamente lleva a cabo acciones de gestión, que resuelven problemas inmediatos del paciente. De igual manera emite recomendaciones para contribuir a elevar la calidad de los servicios médicos y mejorar la relación médico-paciente.

Sin embargo, es necesario avanzar en la consolidación de una cultura que fomente la participación social y la corresponsabilidad en el cuidado de la salud, por lo cual es necesario destacar las prerrogativas que las propias disposiciones sanitarias de nuestro país regulan en beneficio de los pacientes, las cuales habían de definirse en forma precisa y difundirse entre los propios usuarios de los servicios de salud. Es por ello que se encomendó a la CONAMED esta tarea, encaminada a coordinar los esfuerzos institucionales para definir un proyecto que fuera puesta a consideración de las organizaciones sociales. En él se plantearon los derechos de los pacientes frente al médico que le brinda atención, que concluyó con el diseño de la presente Carta de los Derechos Generales de los Pacientes.

Dentro de las acciones efectuadas para la realización de este proyecto, fue la revisión y análisis exhaustivo de los antecedentes internacionales y la bibliografía mundial publicada, que permitió la redacción de un anteproyecto y la conformación de un grupo encargada de conducir su elaboración. En dicho grupo participaron, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, la Subsecretaría de Innovación y Calidad, la Comisión Nacional de Bioética, la Comisión Nacional de Derechos Humanos, la Federación Nacional de Colegios de la Profesión Médica, la Dirección de Prestaciones Médica del IMSS, la Subdirección General Médica del ISSSTE, la Comisión Interinstitucional de Enfermería y la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la SSA.

El grupo conductor inició sus trabajos a fines del mes de mayo del presente año, al término de la sesión se acordó analizar los criterios que se proponían y convocar a una segunda reunión para su revisión durante los primeros días de

julio. Durante ésta, se elaboró un documento en forma de decálogo, mismo que se acordó enviar para su validación y consenso a las Instituciones del Sector Salud, Colegios, Asociaciones, Sociedades, Consejos y otras agrupaciones de la salud, así como a las Comisiones de Derechos Humanos. Posteriormente, en una segunda fase, se incluyó a las Universidades y representantes de la sociedad civil, a través de Organizaciones no Gubernamentales. Se consultaron un total de 1,117 instituciones representantes de la salud y la sociedad mexicana, con la finalidad de conocer y recibir aportaciones que enriquecieran el documento. Finalmente, después de haber analizado los comentarios y propuestas, se presentaron las conclusiones en una tercera reunión celebrada en el mes de noviembre, de la cual resultó el documento definitivo que ahora se presenta para su difusión.

El decálogo incluye además, en cada uno de sus artículos el fundamento legal contemplado en los diferentes ordenamientos jurídicos relacionados con la materia.

1. CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES.

El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado, de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico. Ley General de Salud Artículos 51 y 89. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 21 y 48.

2. RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA ADECUADA.

El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención Médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes. Ley General de Salud Artículos 51 y 83. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 25 y 48.

3. RECIBIR INFORMACIÓN, CLARA, OPORTUNA Y VERAZ.

El paciente o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 29 y 30. NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 5.5.

4. DECIDIR LIBREMENTE SOBRE SU ATENCIÓN.

El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículo 80. NOM-168SSA1-1988, del Expediente Clínico. Numerales 4.2 y 10.1.1. Anteproyecto del Código – Guía Bioética de Conducto

Profesional de la SSA, Artículo 4, fracción 4.3 “Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente” del 9 de enero de 1995, apartado C del punto número 10.

5. OTORGAR O NO SU CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO.

El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico. Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos. Ley General de Salud. Artículos 100 Fracc. IV 320 y 321.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios médicos. Artículos 80 y 81. NOM-168-SSA1-1988, del Expediente Clínico. Numerales 4.2 y 10.1.1.

6. SER TRATADO CON CONFIDENCIALIDAD.

El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previsto por la ley. NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 5.6 Ley Reglamentaria del Artículo 5°

Constitucional relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal. Artículo 36. Ley General de Salud. Artículos 136, 137 y 138.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 19 y 35.

7. CONTAR CON FACILIDADES PARA OBTENER UNA SEGUNDA OPINIÓN.

El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 29 y 30. NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numerales 4.9. y 5.5.

8. RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA EN CASO DE URGENCIA.

Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, en el propósito de estabilizar sus condiciones.

Ley General de Salud. Artículo 55. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica Artículos 71 y 73.

9. CONTAR CON UN EXPEDIENTE CLÍNICO.

El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido.

***Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículo 32.
NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.***

10. SER ATENDIDO CUANDO SE INCONFORME POR LA ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA.

El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados. Asimismo tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud. Ley General de Salud. Artículo 54.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 19, 51 y 52.
Decreto de Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Artículos 2, 3, 4 y 13.

CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LOS MÉDICOS

INTRODUCCIÓN:

En el mes de diciembre de 2001, el Presidente de la República da a conocer la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes.

El grupo encargado de conducir la elaboración de la Carta, estuvo integrado por representantes de: Subsecretaría de Innovación y Calidad de la Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Bioética, Comisión Nacional de Derechos Humanos, Dirección de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Subdirección General Médica y Subdirección de Regulación de Servicios de Salud del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Academia Mexicana de Cirugía, Academia Nacional de Medicina, Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas, Federación Nacional de Colegios de la Profesión Médica, (Colegio Médico de México), Colegio de Médicos Lasallistas y la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud.

Los derechos que a continuación se enumeran, tienen como propósito hacer explícitos los principios básicos en los cuales se sustenta la práctica médica, reflujo, en cierta forma, del ejercicio irrestricto de la libertad profesional de quienes brindan servicios de atención médica, los cuales constituyen prerrogativas ya contempladas en ordenamientos jurídicos de aplicación general.

Estos derechos no pretenden confrontarse con los de los pacientes, pues ambos se vinculan con un conjunto de valores universales propios de una actividad profesional profundamente humanista como la medicina.

Con el presente decálogo, que por este medio se hace público, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), en su carácter de institución coordinadora, deja constancia del esfuerzo conjunto de las instituciones y organizaciones participantes, haciendo énfasis en que los principios que se inscriben en la Carta, son resultado de un consenso nacional ante la propuesta planteada por el grupo conductor, en donde se reflejan derechos de carácter general ya regulados en diversas disposiciones jurídicas, que se hacía necesario identificar y plasmar en un documento de fácil lectura.

1. Ejercer la profesión en forma libre y sin presiones de cualquier naturaleza.

El médico tiene derecho a que se respete su juicio clínico (diagnóstico y terapéutico) y su libertad prescriptiva, así como su probable decisión de declinar la atención de algún paciente, siempre que tales aspectos se sustenten sobre bases éticas, científicas y normativas.

2. Laborar en instalaciones apropiadas y seguras que garanticen su práctica profesional.

El médico tiene derecho a contar con lugares de trabajo e instalaciones que cumplan con medidas de seguridad e higiene, incluidas las que marca la ley, de conformidad con las características del servicio a otorgar.

3. Tener a su disposición los recursos que requiere su práctica profesional.

Es un derecho del médico recibir del establecimiento donde presta su servicio personal idóneo, así como equipo, instrumentos e insumos necesarios, de acuerdo con el servicio a otorgar.

4. Abstenerse de garantizar resultados en la atención médica.

El médico tiene derecho a no emitir juicios concluyentes sobre los resultados esperados de la atención médica.

5. Recibir trato respetuoso por parte de los pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo profesional.

El médico tiene derecho a recibir del paciente y sus familiares trato respetuoso, así como información completa, veraz y oportuna relacionada con el estado de salud.

6. Tener acceso a educación médica continua y ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional.

El médico tiene derecho a que se le facilite el acceso a la educación médica continua y a ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional, con el propósito de mantenerse actualizado.

7. Tener acceso a actividades de investigación y docencia en el campo de su profesión.

El médico tiene derecho a participar en actividades de investigación y enseñanza como parte de su desarrollo profesional.

8. Asociarse para promover sus intereses profesionales.

El médico tiene derecho a asociarse en organizaciones, asociaciones y colegios para su desarrollo profesional, con el fin de promover la superación de sus miembros y vigilar el ejercicio profesional, de conformidad con lo prescrito en la ley.

9. Salvaguardar su prestigio profesional.

El médico tiene derecho a la defensa de su prestigio profesional y a que la información sobre el curso de una Probable controversia se trate con privacidad, y en su caso a pretender el resarcimiento del daño causado.

La salvaguarda de su prestigio profesional demanda de los medios de comunicación respeto al principio de legalidad y a la garantía de audiencia, de tal forma que no se presuma la comisión de ilícitos hasta en tanto no se resuelva legalmente cualquier controversia por la atención médica brindada.

10. Percibir remuneración por los servicios prestados.

El médico tiene derecho a ser remunerado por los servicios profesionales que preste, de acuerdo a su condición laboral, contractual o a lo pactado con el paciente.

**MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME FINAL
DE SERVICIO SOCIAL
CARRERA DE MÉDICO CIRUJANO**

DRA. MARIA DEL CARMEN GARCIA RIOS

DRA. LETICIA FERRO FLORES

DRA. MARIA LUISA PONCE LÒPEZ

INTRODUCCIÓN

El médico pasante de servicio social, tiene como objetivo orientar todas sus acciones a la resolución de problemas reales y prioritarios de salud en la comunidad donde permanecerá por un año, aplicando en todo momento la estrategia de investigación–

acción: indagar, detectar, analizar, diagnosticar, resolver y evaluar para fundamentar nuevas investigaciones y actividades de intervención en beneficio de aquellos a los que atiende. Por lo tanto, realiza diferentes funciones con diversos grados de responsabilidad y toma de decisiones, todas ellas importantes para su formación profesional y para el desempeño de su servicio. El documento denominado informe final es la evidencia que presenta el médico pasante para mostrar el grado de competencia y el cumplimiento de los objetivos asignados para el servicio social.

Este informe de servicio social se va elaborando día a día con evaluaciones formativas trimestrales y siguiendo pasos básicos que permiten describir todas las funciones realizadas por el alumno, ya sean actividades de asistencia, promoción, investigación, docencia, o cualquier otro servicio al individuo, la familia y la comunidad, en el ámbito biopsicosocial.

Desde el primer contacto con la comunidad, deberá identificar los factores determinantes del proceso salud enfermedad en la zona de trabajo, comprender el ambiente que lo rodea, acceder a la cultura, los hábitos y costumbres predominantes, para posteriormente proponer actividades o alternativas de solución a los problemas prioritarios. De aquí surge la necesidad de elaborar en el primer trimestre el Diagnóstico de Salud Comunitaria (DSC).

El Diagnóstico de Salud se define como el juicio obtenido a través de la descripción y análisis cuantitativo y cualitativo del nivel de salud de una comunidad, en el se manifiestan los problemas de salud, los elementos condicionantes y determinantes que intervienen en los mismos y se concluye acerca de las posibles modificaciones en factores de riesgo y causales, así como el planteamiento de alternativas de solución, con la participación de la comunidad.

El DSC es así el punto de partida para el trabajo comunitario. En ocasiones bastará con actualizar el existente en la Unidad Médica pero en otras se verá en la necesidad de elaborarlo de forma integral.

El siguiente paso es detallar las características de la Unidad Médica donde se desempeña, la población que atiende y su papel en el organigrama institucional, porque de aquí derivan las acciones que reportará en los siguientes meses.

Es conveniente clasificar desde el inicio las actividades que se llevarán en forma continua, para ir anexando a cada archivo los avances y dar un orden a la presentación del trabajo final.

A continuación se describen los elementos básicos del informe pero en ocasiones los asesores del Estado pueden utilizar sinónimos para describir el mismo elemento y debemos estar abiertos a esas propuestas ya que la libertad y la creatividad no se limitan.

CAPÍTULOS DEL INFORME FINAL DE SERVICIO SOCIAL

El Informe final de Servicio Social en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza es un documento clave para evaluar la calidad de los egresados, por lo que cada capítulo representa una evidencia de las competencias profesionales alcanzadas. Y más allá de números, se espera encontrar en sus páginas el análisis personal, propositivo y original del médico con formación integral y con el perfil profesional propuesto por el plan de estudios.

El informe final, debe dejar de ser tomado como un requisito para liberarse del año de servicio social y crear un compromiso del pasante con actividades de investigación y con proyectos de intervención de mayor impacto social en la comunidad.

Capítulo I Diagnóstico de Salud Comunitaria

En este capítulo se describen las características de la comunidad dónde se encuentra la unidad médica en la que se lleva a cabo el servicio social. Esta unidad de atención forma parte de los recursos para la salud con los que se cuenta y sus características se describen en este mismo capítulo.

Siguiendo las fases del diagnóstico de salud:

La Fase Descriptiva implica resaltar los **factores de riesgo** para la salud: aspectos demográficos, socioeconómicos-culturales y ecológicos (problemas potenciales); los **daños a la salud**: morbilidad, invalidez y mortalidad (problemas actuales); los **recursos**

para la salud : materiales, humanos y financieros; la **utilización de los servicios** (respuesta individual a los problemas de salud) y **la participación de la comunidad en acciones de promoción de la salud** (respuesta social organizada para la salud).

En la Fase de Análisis la información obtenida se compara con **un modelo normativo o ideal**, que supone la condición correcta de salud. Se determina la influencia o el orden en **importancia** de los factores de riesgo para ciertas situaciones de salud-enfermedad y para grupos prioritarios.

La Fase Diagnóstica implica concluir acerca de las **diferencias** cualitativas y cuantitativas entre lo normativo y lo real, además de priorizar los **problemas** detectados.

Capítulo II Programa de Intervención Institucional

Un **programa** de intervención constituye la Fase Resolutiva del diagnóstico de salud. Tiene una clara justificación, objetivos, metas y actividades muy concretas que conduzcan a los cambios deseables. Como en clínica después del diagnóstico esto correspondería al tratamiento.

En la actualidad la mayoría de las instituciones desarrollan los programas integrales de salud: del niño, la embarazada, adolescente, hombre, mujer y adulto mayor, contemplando para cada programa acciones de promoción para la salud, prevención, atención e incluso rehabilitación. El médico pasante realiza muchas actividades que pertenecen a estos programas. Debe registrarlas y evaluarlas en el lugar correspondiente.

Capítulo III Programa de Intervención Comunitaria

Como resultado del diagnóstico de salud, es posible detectar problemas particulares de su comunidad o de un grupo prioritario y debe elaborar un programa para mejorar esa situación, por ejemplo perspectiva de género, malnutrición o problemas prioritarios en escuelas, empresas, grupos sociales y otros. De igual manera debe elaborar la justificación, objetivos, metas, cronograma de actividades del programa y evaluación de impacto.

Capítulo IV Informe de Investigación

En algunas unidades de salud, se pide a los pasantes elaborar proyectos de investigación sobre un problema de salud en particular, aplicando toda la metodología científica desde el planteamiento del problema hasta la publicación de resultados. Este capítulo por lo tanto contiene todos los apartados del protocolo de investigación de la institución que lo solicita.

Capítulo V Evaluación y Conclusiones

Lo más productivo del servicio social es evaluar las experiencias en su totalidad, para retroalimentar el aprendizaje y avanzar en el conocimiento del proceso salud-enfermedad en las comunidades. Una evaluación operativa permitirá proponer alternativas a los próximos pasantes e incluso a la institución, pero una evaluación de **Impacto** afirma las convicciones y mejora el desempeño.

ELEMENTOS DEL INFORME FINAL DE SERVICIO SOCIAL

Carátula

Índice

Prólogo

Resumen

Introducción

Capítulo I Diagnóstico de Salud Comunitaria

1. Ambiente

1.1 Ubicación y características geográficas

1.2 Antecedentes históricos

1.2 Clima, flora y fauna

1.3 Saneamiento del medio (agua, basura, excretas y fauna nociva)

1.4 Control de los alimentos (producción, manejo, disponibilidad)

1.5 Características de la vivienda y servicios

2. Demografía

2.1 Población por edad y sexo en los últimos 2 censos

2.2 Pirámide de población

2.3 Tasa de natalidad

2.4 Tasa de crecimiento

2.5 Migración

2.6 Tasa de fecundidad

3. Socioeconomía

3.1 Escuelas y educación

3.2 Actividades económicas y ocupación principal

3.3 Ingreso y distribución del gasto familiar

3.4 Tipología familiar

3.5 Centros culturales

3.6 Hábitos y costumbres

3.7 Alimentación tradicional

3.8 Problemas sociales de la comunidad: alcoholismo, desnutrición, drogadicción, pandillerismo, delincuencia, otros. Y respuesta de la comunidad a estos problemas

4. Recursos para la Salud

4.1 Número de unidades médicas por niveles de atención

4.2 Características de la institución en que presta el servicio a la comunidad: No. de derechohabientes, personal por área, profesión, horas de labor y tipo de atención; número de camas de hospitalización, equipo específico, aparatos de rayos X, electrocardiógrafos, vehículos, servicios preventivos, recursos humanos que realizan actividades de salud comunitaria. Acceso y medios para llegar.

4.3 Número de personas que ejercen la medicina tradicional: parteras, curanderos, hueseros, brujos y otros

5. Daños a la Salud

- 5.1 Mortalidad general (tasa en los dos últimos censos)
- 5.2 Mortalidad por grupos de edad y sexo de los últimos 5 años
- 5.3 Mortalidad por grupo de edad y causas principales (último año)
- 5.4 Morbilidad de enfermedades transmisibles y no transmisibles por sexo y edad.
- 5.5 Principales causas de morbilidad hospitalaria por edad
- 5.6 Principales causas de accidentes y violencias por edad
- 5.7 Causas de consulta externa a nivel primario y secundario (último año)
- 5.8 Porcentaje de consultas a sanos y enfermos.

6. Utilización de los servicios

- 6.1 Número de pacientes atendidos en la unidad por causa y edad
- 6.2 Número de pacientes atendidos por el pasante por trimestre, por programa o grupo de edad y causa (Incluir las tablas del llamado informe numérico)
- 6.3 Número de interconsultas
- 6.4 Encuestas epidemiológicas realizadas por causa
- 6.5 Número de vacunas aplicadas
- 6.6 Número de visitas domiciliarias

7. Priorización de problemas de salud siguiendo los criterios de Hanlon: magnitud del daño (número de personas afectadas por el problema en relación con el tamaño de la población), trascendencia (severidad o valor de la gravedad por su impacto social,

político o económico), vulnerabilidad (eficacia de la intervención o capacidad técnica para solucionar el problema con los recursos y la tecnología existentes), factibilidad (pertinencia al presupuesto, factibilidad económica, aceptabilidad de la población, disponibilidad de recursos y legalidad), y cómo se puede cambiar esa situación ó viabilidad en el plano político y cultural.

Priorizar para tomar decisiones de costo-efectividad de las acciones en salud, pero dando respuesta a las expectativas y necesidades reales de la población durante el menor plazo posible, sin perder de vista las prioridades nacionales de salud. Elaborar un cuadro de resumen de dicha priorización.

8. Anexos. Cada capítulo contiene las tablas y gráficas básicas. En anexo se coloca lo que resulta secundario con fines de profundizar la información como cédulas de encuesta, mapas, guías, cuadros estadísticos y gráficas muy específicas.

Capítulo II Programa de Intervención Institucional

1. Programas en los que se participó, mencionando: Descripción del problema, justificación, objetivo, meta y actividades, estrategias y líneas de acción, recursos, control, supervisión y evaluación.
2. Número de actividades de promoción para la salud
3. Número de integrantes que reclutó a grupos de autoayuda: diabéticos, embarazadas, niños sanos, hipertensos y otros programas prioritarios
4. Participación en campañas o caravanas de salud.

Capítulo III Programa de Intervención en la comunidad

La Promoción de la Salud en la comunidad, impulsa el desarrollo de una cultura de la salud, fortalece conocimientos, actitudes y comportamientos en favor del bienestar individual, familiar y social.

El médico egresado de FES-Zaragoza se prepara desde el primer año para llevar a cabo educación para la salud en toda oportunidad, y el servicio social es un momento privilegiado para aportar algo a la comunidad. Deberá seleccionar una prioridad de salud y trabajar sobre ella.

El Programa de intervención contiene: Descripción del problema de salud, justificación, objetivo, meta, cronograma de actividades, recursos y evaluación.

- 1 Número de actividades de promoción para la salud a grupos extrainstitucionales.
- 2 Número de integrantes a grupos de autoayuda: diabéticos, embarazadas, niños sanos, hipertensos y otros programas comunitarios
- 3 Participación en actividades comunitarias, marcará las acciones dirigidas a modificar condiciones ambientales, socioeconómicas, estilos de vida o factores de riesgo específicos.

Capítulo IV Informe de Investigación

- 1 Planteamiento del Problema
- 2 Marco Teórico y conceptual
- 3 Antecedentes
- 4 Justificación
- 5 Objetivos
- 6 Metodología
 - a) Diseño de estudio.
 - b) Definición del universo y límites.
 - c) Diseño de la muestra

- d) Definición de las unidades de observación
 - e) Definición y operacionalización de variables.
 - f) Selección de fuentes, método, técnicas e instrumentos de recolección de la información y consideraciones éticas
 - g) Plan de presentación de la información
 - h) Plan de descripción y análisis de la información
- 7 Organización de la investigación.
 - 8 Estudio piloto
 - 9 Bibliografía General
 - 10 Anexos.
 - 11 Resultados
 - 12 Análisis
 - 13 Conclusiones
 - 14 Evaluación y difusión

Capítulo V Evaluación y Conclusiones

A partir de los objetivos planteados analizar los factores que favorecieron su cumplimiento, así como describir aquellos que no se alcanzaron y la razón de ello. De manera clara, concreta y resumida.

También se dará a conocer lo que ha representado el servicio social en su formación profesional.

Se espera que emita propuestas y alternativas de solución a los problemas analizados en el trabajo e incluso aquellos pendientes, con el objeto de continuar su atención y mejorar el servicio social a la comunidad. Las alternativas además de concretas y específicas deberán ser factibles, viables y a corto plazo.

Recordar que una propuesta expresa una idea, proyecto o alternativas derivadas de las conclusiones. Mientras que una recomendación expresa juicios, criterios, ideas o hechos que deben ser tomados en cuenta, al plantear nuevas alternativas o acciones.

Anexo General

Aquí se incluirán las gráficas, tablas, fotografías, mapas, trabajos sobre alguna actividad de apoyo al servicio, resumen de conferencias, de cursos, etc., que apoyen la redacción del cuerpo del trabajo. La función de este apartado es la de brindar un espacio para desarrollar con mayor profundidad alguno de los aspectos del informe, así como el remitir a cuadros estadísticos, fotografías, etc., que se mencionan en el desarrollo del trabajo.

ENTREGA DEL INFORME FINAL

1. Será asignado un asesor a cada pasante al iniciar el servicio social, con quien estará en constante comunicación a través del aula virtual, vía telefónica o el medio de comunicación que tenga a su alcance, esto con el fin de apoyarlo en las acciones de salud en su comunidad, así como orientar y supervisar los avances del informe final para agilizar su aprobación y liberación del servicio social.

2. Al término del año de servicio social, el alumno entregará a su asesor el informe final, mismo que fue entregado en su jurisdicción sanitaria, con los sellos y firmas de los Asesores. El cual estará integrado por: diagnóstico de salud de su comunidad, informe numérico de actividades y/o su proyecto de intervención, para su revisión y aprobación
3. Una vez aceptado por el asesor, el médico pasante, deberá recabar las firmas primero de su asesor, de la coordinación del área terminal de internado y servicio social y del jefe de carrera, esta hoja de firmas deberá escanearse, para integrarse al formato electrónico antes de pasarse a la versión PDF y al CD de acuerdo al oficio de autorización de entrega de Informe Final de Servicio Social emitido por el Consejo Técnico el 12 de enero de 2010 con el oficio FESZ/CT/032/10 siguiente manera:
4. El informe deberá entregarse en formato electrónico PDF y en tres CD que deberá tener las siguientes características:

A) Estuche del CD:

➤ Portada:

En la cara externa debe llevar:

*Nombre de la institución

*Carrera

*Lugar de adscripción

*Título

*Nombre del pasante

*Periodo de servicio social (fecha de realización)

- En la contracara (cara interna):
 - *Nombre del Jefe de la carrera
 - *Nombre del Coordinador de Internado y Servicio Social
 - *Nombre del asesor
 - En todos los nombres deberá dejarse el espacio correspondiente a la firma de cada uno de ellos.
- Contraportada:
 - *Título del informe
 - *Resumen del informe (breve)
 - *Nombre y dirección de la localidad o institución en que se realizó el Servicio Social

B) CD.

- etiqueta que conste de:
 - *nombre de la institución educativa
 - *carrera
 - *Título del informe
 - * Lugar donde se realizo el servicio social
 - *Nombre completo del pasante
 - * Periodo de servicio social (fecha de realización)

➤ Contenido:

- ✓ Portada
- ✓ Hoja de créditos:
 - * Nombre del jefe de carrera
 - * Nombre del coordinador de área
 - * Nombre del asesor
 - * Hoja escaneada con las firmas de aprobación del informe de la institución en que se realizó el Servicio Social.
 - * Trabajo final

5. El informe del Servicio Social Universitario se deberá entregar según los lineamientos estipulados en el “Manual para la elaboración del Informe final de servicio social de la carrera de médico cirujano”. Y por triplicado, un ejemplar se entregará a la biblioteca, el otro a su asesor y uno a la coordinación de servicio social.

NOTAS IMPORTANTES:

6. El procesador para realizar el informe será en Word, letra Arial 12, márgenes de 2 cm en los cuatro lados, párrafos interlineados a 1.5 y texto justificado.
7. Las gráficas, tablas, cuadros e imágenes irán en el mismo texto, **NO** en archivo aparte y cada una de ellas deberá llevar título completo y fuente o pie de imagen.

8. El informe deberá presentarse con adecuada redacción y excelente ortografía
9. Para obtener el formato PDF puede acceder a la página www.expresspdf.com o cualquiera de su preferencia.
10. Al iniciar el trámite de liberación y entrega de trabajo final deberá traer una copia fotostática de la Carta de Liberación de la institución en que realizó el Servicio Social.
11. El CD quedará en la Coordinación de Internado y Servicio Social que será la instancia que recabará las firmas correspondientes. Una vez hecho esto, el pasante deberá recoger el CD, la carta de aceptación del informe final y carta de liberación del servicio social, documentos que permitirán la continuación del trámite de titulación en Unidad de administración escolar.
12. El trabajo final al ser entregado al asesor para su revisión puede ser impreso, o electrónico.

BIBLIOGRAFIA:

1. Legislación Universitaria
2. Manual del Pasante de la Secretaria de Salud, subsecretaria de Regulación y Fomento Sanitario, Dirección General de Enseñanza en Salud
3. BARQUIN M. y colaboradores *Sociomedicina*. Tomo 1 Departamento de Medicina Social, Medicina preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina
4. Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), *Guía Para El Informe Final De Actividades Del Pasante En Servicio Social Del Área De La Salud*
5. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. **Plan de estudios de la carrera de Médico Cirujano**. UNAM; México;

1989.

6. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. **Programa Académico de servicio Social.** Responsable Dra. M.C.

Dolores Patricia Delgado Jacobo UNAM; México; 2006

7. FERRO FLORES L. *MANUAL DEL DIAGNOSTICO DE SALUD COMUNITARIA* 2ª Edición. Enero 2007.

8. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. *Manual Para La Elaboración Del Informe Final De La Carrera De*

Servicio Social De La Carrera De Médico Cirujano. Responsable M.C. Beatriz Cruz Cruz. UNAM; México.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
 EXPEDIENTE ÚNICO MULTIDISCIPLINARIO
 HISTORIA CLÍNICA **

Fecha: _____	Nº de expediente: _____				
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Sexo	Edad	Fecha de Nacimiento
Domicilio: _____					
_____	_____	_____	_____		_____
Calle y Número	Nº. Int.	Colonia	Delegación-Municipio		C. P.

I. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES (familiares directos, especificar)

Malformaciones congénitas y / o genéticas, cardiovascular, cardiopatía, hipertensión) _____
Endocrinos: diabetes, obesidad, enfermedades _____
 relacionadas con hipófisis, ovario, suprarrenales, _____
 tiroides y paratiroides. **Infectocontagiosas:** _____
 síndrome de inmunodeficiencia humana, hepatitis, _____
 virus del papiloma humano, tuberculosis, _____
 infecciones de transmisión sexual, lepra, _____
 parasitosis. **Autoinmunes:** lupus eritematoso _____
 sistémico, artritis reumatoide. **Alergias.** _____
Neurológicas: paresias, convulsiones. _____
Hematológicos y transfusionales. Hemofilia _____
Neoplásicos. Quirúrgicos. Psiquiátricos: _____
 trastornos de la alimentación, trastornos por _____
 adicción, otros trastornos mentales. _____
 Litiasis renal, biliar y malformaciones físicas _____

VII. PADECIMIENTO ACTUAL Y/O MOTIVO DE LA CONSULTA

Semiología de los síntomas: sitio, carácter, intensidad, duración, irradiación, modo de inicio, fenómenos que lo acompañan, factores que lo disminuyen o aumentan, frecuencia en el día, ritmo, predominio horario, periodicidad.

Tribuna libre.

Registrar topografía y fecha de inicio de los signos y síntomas principales del padecimiento. Señalar si el padecimiento es agudo o crónico.

Semiología de los signos y síntomas desde el inicio del padecimiento.

Evolución de los signos y síntomas.
Tiempo de evolución de los mismos conforme a su semiología.

Semiología de los signos y síntomas en el momento actual.

Terapéutica previa empleada.

Medicamentos alopáticos y/o homeopáticos, Medicina alternativa, remedios caseros, medicina naturista. Medicamentos que el paciente toma frecuentemente o para el padecimiento.

VIII. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

(considerar frecuencia y tiempo de evolución al efectuar la semiología)

Signos y síntomas generales.

Fiebre, astenia, adinamia, anorexia, pérdida de peso.

Estado psicológico.

Eutímico, Ansiedad, euforia, agresividad, depresión, alteraciones de conducta.

**Sistema Nervioso y
órganos de los sentidos.**

Trastornos del sueño, epilepsia, migraña, neuralgia. Alteraciones de la sensibilidad, tono y fuerza muscular. Alteraciones visuales, auditivas, olfativas, gustativas, propioceptivas y de las funciones cerebrales superiores.

VIII. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

(considerar frecuencia y tiempo de evolución al efectuar la semiología)

Sistema Cardiovascular.

Dolor precordial. Cefalea, acufenos, fosfenos, taquicardia, mareos, lipotimias, precordialgia opresiva. Disnea de esfuerzo y en reposo.

Edema distal o anasarca. Insuficiencia venosa o arterial. Cianosis, palidez o cambios de temperatura.

Aparato Respiratorio.

Obstrucción nasal, respiración oral, ronquidos, rinorrea, odinofagia. Disnea, tos seca o húmeda, expectoración, hemoptisis, cianosis, sibilancias.

Dolor torácico.

Sistema Hematopoyético

Cefalea, palidez, mareos, hematomas, hemorragias articulares, equimosis, epistaxis, hematuria, petequias, alteraciones inmunológicas.

Aparato Digestivo.

Anorexia, hiperorexia, bulimia, xerostomía, glosopirosis, glosodinia, disquinesia, halitosis, sialomea, nauseas, vómitos, ictericia, dolor abdominal Litiasis vesicular. Pirosis, regurgitaciones, hematemesis, borborigmos, distensión, diarrea, estreñimiento, tipo de evacuaciones .

Sistema Urinario.

Dolor en área renal, puntos ureterales. Edema distal o generalizado, oliguria, poliuria, anuria, disuria, polaquiuria, nicturia, enuresis, incontinencia urinaria, urgencia urinaria, tenesmo vesical, pujo urinario, hematuria, coluria, características de olor de la orina.

Sistema Neuroendócrino.

Cefalea, pérdida de peso, anosmia, diplopia, cuadrantanopsia, alteraciones visuales, galactorrea. Poliuria, polidipsia, polifagia, aumento de peso, mareos, lipotimias. Bocio, exoftalmos, intolerancia al frío o calor, hipodinamia, hiperdinamia, temblor fino digital y lingual, taquicardia, bradicardia, hipersomnía. Calambres. Amenorrea, opsomenorrea-proiomenorrea, hipomenorrea-hipermenorrea, dismenorrea polimenorrea-oligomenorrea, esterilidad. Alteraciones de la tensión arterial, alteraciones de la piel y fracturas.

Aparato Reproductor masculino

Dolor en hipogastrio, disminución o aumento de volumen de testículos. Disuria. Tenesmo o pujo urinario. Hematuria macroscópica, interrupción o disminución de calibre del chorro de orina. Priapismo. Impotencia. Úlceras o adenopatías inguinales, cantidad, color y olor de escurrimiento uretral.

VIII. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

(En cada apartado, frecuencia y tiempo de evolución de la semiología de aparatos y sistemas)

Aparato reproductor femenino.

Amenorrea, hipomenorrea-hipermenorrea, polimenorrea-oligomenorrea, dismenorrea, opsomenorrea-proiomenorrea, sangrado intermenstrual, dolor intermenstrual o independiente del ciclo, cantidad, color y olor de leucorrea, prurito vulvar, úlceras o adenopatías inguinales, anorgasmia, dolor durante el coito o sangrado postcoito Bartholinitis.

Músculo Esquelético

Mialgias, artralgias, artritis. Calambres, Limitación de movimientos, deformaciones, otros.

Piel y Tegumentos

Resequedad e imperfecciones de la piel. Eritemas, maculas, pápulas, vesículas, pústulas, costras, alopecia, tatuajes, hipertrichosis. Infecciones, infestaciones, cambios de color y de sensibilidad.

Trastornos del aprendizaje

¿pone atención al hablar con él?

Comprende lo que se le dice o pregunta en una conversación común?

Para su edad y/o grado escolar:

¿Lee y escribe correctamente? ¿Suma, resta, multiplica y divide correctamente?

IX. EXPLORACIÓN FÍSICA GENERAL

Signos vitales.

Tensión arterial _____ mmHg. Frecuencia cardiaca ____ x' Frecuencia Respiratoria ____ x' Temperatura _____ °C

Peso __ Kg. Talla ____ cm. Perímetro cefálico _____ cm. I.M.C. __Kg/m² Superficie corporal __m² Índice cintura cadera _____

INSPECCIÓN GENERAL.

Habitus externo: biotipo, facies, actitud, edad aparente, conformación, simetría corporal, lenguaje, tipo de marcha, movimientos anormales, vestido y aliño. Características de la piel. Orientación. Olores y ruidos anormales.

TORAX Área Pulmonar:

Movimientos respiratorios, uso de músculos accesorios, esfuerzo respiratorio, retracción-abombamiento de espacios intercostales, retracción de xifoides, dolor a la inspiración, amplexión, amplexación, distensión pulmonar, inmovilidad de hemitórax, vibraciones vocales, matidez, pectoriloquia áfona, silencio respiratorio, estertores.

IX. EXPLORACIÓN FÍSICA POR REGIONES

(Inspección, palpación, percusión, auscultación)

TORAX Área Cardíaca

Área Cardíaca: choque de la punta, (sitio, intensidad, frecuencia), vibraciones valvulares, (fremito, thrill sistólico), matidez de área cardíaca, (cardiomegalia), ruidos cardíacos en general en mesocardio, frecuencia y ritmo, (arritmias) focos tricuspideo, mitral, pulmonar y aórtico (soplos: tipo, localización, irradiación).

Área Hepática: Dolor a la palpación o percusión, tamaño, forma, volumen y estado de la superficie.

ABDOMEN

(por cuadrantes)

Forma: plano, excavado, abombado, globoso. Cicatriz umbilical: aspecto, color. Cicatrices. Cambios en piel: (red venosa colateral, tatuajes y perforaciones), reflejos cutáneo abdominales, hiperestesia, hiperbaralgesia, resistencia muscular involuntaria, dolor, resiste, puntos dolorosos abdominales, signo de rebote, matidez, timpanismo, ascitis, hepatomegalia, esplenomegalia, y otras masas, peristalsis. Silencio abdominal. Cuando proceda: fondo uterino, feto, frecuencia cardiaca, situación, presentación, posición, y actitud.

COLUMNA VERTEBRAL

Regiones: cervical, torácica, lumbar y sacra. Alineación, deformidades, vicios, curvatura, sensibilidad, aros de movilidad.

EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES

Integridad, coloración, tatuajes, perforaciones, sensibilidad..alineación de extremidades. **Músculos:** tono y fuerza, contracturas, flaccidez, atrofia, hipertrofia, **Articulaciones:** movilidad, reflejos,aumento de volumen, rigidez, limitaciones, deformidad, dolor. **Vasos sanguíneos:** várices, edema y pulsos.

GENITALES Y ZONA PERINEAL

Aspecto, grado de madurez, integridad, secreciones, inflamación, masas, lesiones dérmicas, hemorragia y dolor..

Genitales femeninos: Tanner, Vello pubiano, labios mayores, introito, himen, clítoris, meato urinario. Zona perineal: tabique recto-vaginal, ano, hemorroides.

Exploración ginecológica: apertura vaginal, paredes vaginales, cérvix, (características), posición uterina, palpación de anexos. Cuando proceda, variedad de posición fetal.

Zona Perineal: ano, hemorroides, tabique recto-vaginal
Si es necesario tacto rectal en ambos géneros.

Genitales masculinos: Pene, glande, prepucio, meato urinario, testículos, (in situ, tamaño, consistencia)

IX. EXPLORACIÓN FÍSICA POR REGIONES

(Inspección, palpación, percusión, auscultación)

NEUROLÓGICA

Movimientos anormales o estereotipados. _____

Estado mental: Nivel de conciencia (alerta, estupor, coma). _____

Atención. Orientación en tiempo, espacio y persona. _____

Comportamiento, Memoria. Agnosias. Capacidad de juicio. _____

Pensamiento (idea, contenido y curso). Lenguaje: (contenido, _____
disfasia o afasia, disartria). _____

Signos meníngeos: Rigidez de nuca, signos de Kernig y _____
Brudzinsky, reflejos osteotendinosos, reflejos anormales. _____

Pares craneales: I. Olfatorio: anosmia, disosmia. II. Óptico: _____
agudeza y perimetria visual. III. Oculomotor: pupilas, reflejos _____
motomotor, fotomotor y consensual, movimiento ocular y párpado. _____

IV. Troclear: movilidad ocular extrínseca (oblicuo superior). V. _____

Trigémino: sensibilidad de la cara y maxilares, motilidad de _____
músculos de la masticación. VI. Abductor: motilidad ocular _____
extrínseca (recto externo). VII. Facial: motilidad de músculos de la _____

cara, gusto. VIII. Estatoacústico: hipoacusia, sordera, equilibrio, _____
vértigo. IX. Glosofaríngeo: reflejo nauseoso, gusto y secreción _____

salival sensibilidad, deglución. X. Nervio vago. (neumogástrico) _____

XI. Accesorio: motilidad de trapecio y esternocleidomastoideo, _____
gusto y salivación. XII. Hipogloso: motilidad de la lengua, deglución. _____

X. Diagnóstico y plan

Estudios de laboratorio y gabinete.
(proporcionados por el paciente)

Diagnósticos presuntivo
(elaborado por otros médicos)

Impresión Diagnóstica
(derivado de los hallazgos clínicos)

Laboratorio y gabinete.
(sugerido por el médico que elabora
La Historia Clínica)

Plan.

Medicación sugerida, indicaciones
generales, medidas higiénico dietéticas y
de higiene mental. Acto quirúrgico
sugerido. Citas subsecuentes.

X. Diagnóstico y plan

Si requiere referencia.
Especificar a qué servicio
Elaborar hoja de referencia

Elaboró la Historia Clínica:

nombre

firma

Supervisó Historia Clínica:

nombre

firma