

# «Allá es clínicamente así: saber llegar». De la formación a la práctica profesional médica. El Servicio Rural Urbano Marginal en Salud (SERUMS)

Esperanza Reyes Solari<sup>1</sup>

*Universidad Peruana Cayetano Heredia*

## Resumen

El objetivo es describir y discutir algunos hallazgos sobre la formación universitaria y el aprendizaje de médicos y médicas en su Servicio Rural Urbano Marginal en Salud (SERUMS) en la región Junín. La preparación que reciben los serumistas es hospitalaria y sus aspiraciones una vez que egresan están más ligadas a curar patologías complejas que a desarrollar acciones de atención primaria. El manejo de programas de prevención y promoción en puestos y centros de salud es un vacío recurrente. Comunicarse, dar confianza, recuperar y apoyar las decisiones de los pacientes, todo ello se dificulta en situaciones de emergencia o incertidumbre sobre sus dolencias. El énfasis en cómo lograr una atención humanizada en la que tanto profesionales como pacientes puedan escucharse y acordar decisiones conjuntas es un desafío en construcción.

Palabras clave: aprendizajes en servicio, atención de salud, encuentro terapéutico, formación médica, serumistas, SERUMS.

## Abstract

The objective is to describe and discuss some findings on university education and learning of recent graduated doctors in their Rural and Marginal Urban Health Service (SERUMS) in the Junin region. Young doctors' training is basically hospital based and their expectations after graduating are inclined to cure complex diseases rather than to develop primary health care activities. There is a recurrent lack of knowledge of management of health prevention and promotion programs in health posts and centers. How to communicate, give confidence, restore and support the decisions of patients are difficult in emergency situations or uncertainty about their illnesses. The emphasis on

---

1. Correo electrónico: esperanza.reyes@upch.pe. Artículo recibido el 15 de marzo y aprobado en su versión final el 24 de junio de 2011.

how to achieve humane care in which both professionals and patients can hear themselves and agree on joint decisions is a challenge in construction.

Keywords: Health care, in service learning, medical education, «serumistas», SERUMS, therapeutic interaction.

### **Siglas usadas**

BMA	Asociación Médica Británica
CS	Centro de salud
Demuna	Defensoría Municipal del Niño y del Adolescente
Diresa	Dirección Regional de Salud
EDA	Enfermedades diarreicas agudas
IRA	Infecciones respiratorias agudas
msnm	Metros sobre el nivel del mar
PS	Puesto de salud
SERUMS	Servicio Rural Urbano Marginal en Salud
SIS	Seguro Integral de Salud

## 1. INTRODUCCIÓN

El Servicio Rural Urbano Marginal en Salud (SERUMS), creado en 1981 según la Ley 23330, durante el régimen del arquitecto Fernando Belaúnde Terry, tiene la intencionalidad de proveer a las zonas rurales y urbano-marginales de nuestro país de personal profesional de salud haciendo obligatorio el servicio de alumnos graduados de universidades públicas y privadas en puestos de salud (PS) y centros de salud (CS) del Ministerio de Salud o en plazas equivalente en instituciones del sistema de salud peruano. En este artículo quisiera contrastar los aspectos de formación relacionados a la preparación para laborar en ámbitos geográficos y culturales diversos de nuestro país, como los reseñados en el estudio de Motta y Frisancho (1992), con información obtenida de una investigación exploratoria realizada en Junín (Reyes y Valdivia 2010). Uno de los objetivos de esta última investigación fue describir y analizar las características y los vacíos de la formación académica y profesional de médicos, enfermeras y obstetras a partir de la evaluación de su propia práctica. Para este artículo solo se analiza la experiencia de los profesionales de medicina.

A fines del año 2007 e inicios del 2008, se realizaron entrevistas a dieciséis serumistas que laboraban más de ocho meses en establecimientos de salud del departamento de Junín. Al ser contactados, muchos de ellos aceptaron voluntariamente ser entrevistados, ya fuera en sus respectivos servicios, a través de citas en la ciudad de Huancayo, o cuando acudían a entregar reportes a la Dirección Regional de Salud (Diresa) de Junín en la misma ciudad. Las entrevistas motivaban que el entrevistado narrara su experiencia de formación profesional e identificara problemas y vacíos en su formación, lo mismo que aprendizajes y problemas en el servicio, así como desencuentros y adaptaciones con la población de su entorno. En la segunda parte de este artículo se describe la evaluación de la experiencia de nueve profesionales de medicina entrevistados. Los hallazgos que se presentan responden a las preguntas: a) ¿qué diferencias encuentra entre su formación en la universidad y la práctica desarrollada en el establecimiento? y b) ¿qué aprendizajes ha obtenido de esta experiencia?

El título del artículo expresa lo que está en juego en todo acto médico: el encuentro terapéutico, es decir, ser capaz de escuchar, comunicarse y establecer confianza para ofrecer orientaciones sobre el cuidado de la salud. Desconocer que el paciente trae al encuentro con el profesional de salud una carga de sufrimiento, expresada en dolor físico o psíquico, con interpretaciones y representaciones propias, es ignorar el valor que supone establecer un vínculo terapéutico que no se reduce al diagnóstico o tratamiento. Para establecer tal vínculo se requiere prestar atención al sufrimiento. Con frecuencia se es escéptico acerca del valor que este tiene en la representación de síntomas o significados

que puedan incorporarse en el proceso de diagnóstico o en el involucramiento del paciente en su propio cuidado y tratamiento (Kleinman y Benson 2004: 18-19). Este es un aprendizaje a lograr para contribuir a establecer orientaciones eficaces de cuidado.

La preocupación por establecer vínculos entre paciente y profesional está presente en la formación médica. En la currícula de medicina en países como Estados Unidos y Canadá se capacita en competencias culturales para encarar las disparidades étnico/raciales en salud y en la atención de salud (Kumas-Tan *et al.* 2007; Betancourt *et al.* 2003). Este es un aspecto cuestionado por Kleinman y Benson (2006a) por su reducción a una técnica que se adquiere a través de un entrenamiento, lo cual encierra una visión limitada del concepto de cultura como etnia, lenguaje, costumbres. A la vez, quedarse en una interpretación que solo privilegia lo cultural para explicar qué influye en sentirse sano o para solucionar problemas de salud, no logra develar las causas que los originan<sup>2</sup>. Se cuestionó así el rigor con que se evaluaban estas competencias (Price *et al.* 2005), pero ya en 1998 se llamaba la atención sobre este tipo de formación, señalando que se requería humildad cultural y no competencia cultural (Tervalon y Murray-García 1998). En un reciente artículo (Kumagai y Lybson 2009), se recupera esta perspectiva en la línea de movernos fuera de las tradicionales nociones de competencia (conocimiento, habilidades y actitudes) hacia la conciencia crítica de uno mismo, de los otros y del contexto mundial al abordar cuestiones sociales de relevancia en la atención de salud, justicia social y educación multicultural. En suma, se requiere una formación que dé cuenta de la complejidad del vínculo terapéutico y que forme conciencia cívica en el reconocimiento ciudadano.

En el Perú, hace veinte años se realizó una evaluación pionera de la experiencia del SERUMS (Motta y Frisancho 1992) en la cual se revelaban algunas limitaciones en la experiencia que, durante un año, desarrollan profesionales de las ciencias de la salud en medicina, enfermería y obstetricia. La currícula de formación universitaria, según Motta y Frisancho, carece de conocimientos adecuados sobre los temas de trabajo comunitario, programación y diseño de actividades e instrumentos de evaluación y programación, aspectos todos que apoyarían un mejor desempeño. Además, los autores señalan que la preparación médica carece de información sobre la realidad geográfica y social de las comunidades donde los profesionales médicos irán a laborar, así mismo muestra un insuficiente adiestramiento en la conducción de equipos de trabajo y de tareas técnico-administrativas. La disponibilidad para aprender de otras tradiciones curativas e intercambiar ideas y conocimientos

---

2. «I concur with Lock (1993) who observed that a singular focus on culture as a panacea or solution to health care problems leaves unexamined the deeper, more persistent problems of poverty, exploitation, and discrimination that remain as the source of ill health» (Reimer 2003: 764).

sobre el cuidado de la salud con los pacientes es, también, parte de los vacíos señalados (Motta y Frisancho 1992: 25). La metáfora de la Cenicienta<sup>3</sup> les sirve a los autores para resumir lo planteado. Describen cómo los médicos salen en su carroza (con el título profesional después de siete años de estudio), la que después se convierte en una calabaza.

Desde otra perspectiva, en un artículo escrito en el año 2009, Wong (2009: 151-152) considera que los profesionales que realizan su SERUMS son «los nuevos mártires de la medicina en el Perú». Estos comparten las mismas condiciones y riesgos de las poblaciones que viven en pobreza y pobreza extrema, los recursos para una atención oportuna no pueden ser resueltos en muchos de los establecimientos en los que trabajan y, por ello, requieren trasladar a sus pacientes en transportes precarios a otros niveles de la red del sistema, distantes a más de seis horas de viaje; situaciones como esta han causado incluso la muerte de profesionales, como la del serumista de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos James Tello Vivanco (Wong 2009: 151).

He dividido a los profesionales de medicina entrevistados entre los formados en universidades de la ciudad de Huancayo y aquellos formados fuera de ella. Se ha resguardado el anonimato de los informantes en relación al nombre de la universidad y del establecimiento.

Es importante señalar como límite que las narraciones recogidas de los serumistas no han podido contrastarse con la experiencia de la población acerca de la atención recibida. Como investigación exploratoria considero que este estudio propone, sin embargo, una fuente rica para realizar estudios que profundicen los hallazgos y orienten etnografías que acompañen la labor de los serumistas en sus propios ámbitos.

## 2. FORMACIÓN UNIVERSITARIA

Nuestro interés era conocer cómo la formación recibida por las médicas y médicos entrevistados los habilitaba para poder entablar relaciones con sus pacientes y establecer puentes de intercambio. Los profesionales formados en universidades de Huancayo (ver el cuadro 1) relatan que en los cursos de salud pública les enseñaron estadística médica y también a formular y realizar encuestas y a calcular tasas de natalidad, más no a manejar los programas que atendían a la madre, el niño y la gestante.

---

3. «[...] "el fenómeno de la Cenicienta"; el joven y recién egresado profesional cree partir en una carroza, que en el camino a la periferia se va convirtiendo en una calabaza; esto es, considera haber recibido una muy buena formación que luego descubre era limitada y poco real» (Motta y Frisancho 1992: 25).

**Cuadro 1**  
**Médicos y médicas de universidades de Huancayo entrevistados en establecimientos del Minsa, 2008**

Código	Tipo de universidad	Edad	Puesto de salud (PS) / Centro de salud (CS)	Categoría	Distrito y provincia	Altura (msnm <sup>(1)</sup> )
Médico 1	Nacional	26	CS de zona periurbana	I-4 <sup>(2)</sup>	Chilca (Huancayo)	3.249
Médico 2	Privada	26	PS en el valle	I-2 <sup>(3)</sup>	Ingenio (Concepción)	3.249
Médica 3	Nacional	28	PS en zona de sierra	I-2	Comas (Concepción)	3.800
Médica 4	Privada	26	CS en zona periurbana	I-3 <sup>(4)</sup>	Tambo (Huancayo)	3.249

**Notas**

<sup>(1)</sup> Metros sobre el nivel del mar.

<sup>(2)</sup> Brinda atención ambulatoria con internamiento de corta estancia, principalmente materno-perinatal. Cuenta con médico, técnico de enfermería o sanitario, técnico de farmacia, enfermera u obstetrix y odontólogo. También puede contar con especialidades básicas, técnicos en radiología y otros. Tiene centro de laboratorio clínico básico, farmacia, botiquín, consulta especializada y sala de partos. Se realizan atenciones integrales según etapas de vida.

<sup>(3)</sup> Brinda atención integral con énfasis en promoción y prevención. Atiende daños de mediana complejidad. Se realizan funciones de salud comunitaria, salud ambiental, recuperación y botiquín. Cuenta con médico, técnico de enfermería o sanitario, enfermera u obstetrix. Brinda atenciones integrales según etapas de vida.

<sup>(4)</sup> Brinda atención integral ambulatoria médica con énfasis en promoción de riesgos y daños, sin internamiento. Cuenta con médico, técnico de enfermería o sanitario, técnico de farmacia y de laboratorio, enfermera u obstetrix y odontólogo. Se realiza promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y gerencia. Brinda atenciones integrales según etapas de vida.

Elaboración propia.

Este grupo llega al servicio con expectativas de, por ejemplo, observar patologías y colocar una vía central o intubar, pero no logran realizar estas intervenciones, dado que el manejo central de un PS o CS es preventivo. El trabajo principal consiste en aplicar vacunas, tratar infecciones y referir a los pacientes a un establecimiento de mayor complejidad para darles un tratamiento y seguimiento adecuado a la complejidad de la dolencia o enfermedad o, en otros casos, «evitar que se muera el niño o la madre». En cuanto a este tipo de atención, ellos consideran que la universidad «no nos prepara para eso» (médico 2). Sus prácticas de preclínicas y toda su formación se realiza en los hospitales y en la ciudad de Huancayo. Más aun, una de las médicas no había tenido la experiencia de conocer un centro de salud, sino por teoría, «nunca por práctica» (médica 4). Otros habían visitado centros y puestos de salud de la periferia urbana, pero no aquellos ubicados en zonas rurales o semirurales.

No obstante, habían recibido orientación de que las «creencias y cultura» de la población en zonas rurales debía respetarse (médico 1). Indagando acerca de cómo es esta preparación, una de las médicas respondió que si un paciente les dice «me ha dado el chacho»<sup>4</sup> ellos tienen que decirle: «bueno puede ser el chacho... pero también darle la explicación científica de la enfermedad» (médica 3). En otra de las universidades orientan acerca de las actitudes y cómo lograr empatía con los pacientes, pero uno de los entrevistados reconoce que estas orientaciones no las desarrollan: « [...] lo pasan por agua tibia» (médico 2). En cuarto año han seguido un curso sobre medicina tradicional y las creencias curativas, como «el uso del cuy, el huevo, el chacho, el cerro, el puquio y el abuelo» (médico 1), a las cuales nos referiremos más adelante.

En el grupo de médicos y médicas (ver el cuadro 2) provenientes de universidades de Lima o Huacho, las aspiraciones que tenían también refieren su interés por examinar patologías complicadas. En su formación universitaria el médico del CS en la selva se había opuesto a un curso de salud comunitaria porque se imaginaba trabajando en un hospital o en un gran instituto, viendo enfermedades como «lupus, esclerodermia, espondilitis, cánceres terminales». Su trabajo en el CS era, fundamentalmente, de atención de infecciones respiratorias agudas (IRA), enfermedades diarreicas agudas (EDA) y desnutrición parasitaria y había tenido dificultades para contactarse y comunicarse apropiadamente con la población.

**Cuadro 2**  
**Médicos y médicas de universidades de Lima y Huacho entrevistados en establecimientos del Minsa, 2008**

Código	Tipo de universidad	Edad	Puesto de salud (PS) / Centro de salud (CS)	Categoría	Distrito y provincia	Altura (msnm)
Médico 5	Nacional	29	CS en selva	I-4	Pangoa (Satipo)	762
Médico 6	Nacional	25	PS en zona semirural	I-3 <sup>4</sup>	Sapallanga (Huancayo)	3.249
Médica 7	Nacional	25	PS en sierra	I-2	Yanacancha (Chupaca)	4.200
Médica 8	Privada	26	CS en el valle	I-2	Matahuansi (Concepción)	3.249
Médico 9	Nacional	24	PS en ceja de selva	I-2	Pariahuanca (Huancayo)	2.070

Elaboración propia.

4. Interpretación de la enfermedad por el paciente como un mal que le ha entrado al cuerpo.

La posibilidad de apoyarse en análisis clínicos más profundos no era posible, por lo que afirma que hay que tener ojo clínico, es decir, lograr pericia en identificar síntomas para un diagnóstico certero. Igualmente, coloca el acento en la confianza que requiere suscitar en el paciente: «allá es clínicamente así: al ojo y saber llegar, porque [si] a un nativo o colono no le brindas la confianza necesaria no te va a hacer caso» (médico 5). En suma, la formación en el curso de salud comunitaria en la universidad se restringía a realizar encuestas, algo que ya habían hecho todas las promociones anteriores, por eso, el entrevistado consideraba que más importante era llegar a las comunidades y, allí, primero evaluar la situación, analizar qué estaba fallando y después investigar aspectos que le llamaran la atención.

Los casos de violencia doméstica, abuso físico y psicológico contra mujeres y niños y entre varones impactaron en la práctica de la médica del PS en la sierra por la complejidad para la comprensión del problema (médica 7). Muchas de las denuncias llegaban al servicio porque eran canalizadas por el gobernador del pueblo para que les otorgaran su constancia médico-legal. Los casos de violencia en niños eran traídos por sus profesores debido a que presentaban un comportamiento introvertido en el salón, no hacían la tarea y no podían contener la micción; él coordinaba con la oficina de la Defensoría Municipal del Niño y del Adolescente (Demuna) del pueblo, donde acudía mensualmente un psicólogo al cual referían los niños que habían sufrido violencia física. La médica 7 considera que las situaciones de las personas que sufren violencia constituyen una carga psicológica muy fuerte que requiere que los profesionales den confianza y traten de ayudar. Son actitudes que sensibilizan a no perder «el humanismo» en el trato con el paciente, perspectiva que muchas veces se olvida.

[...] he visto muchos... médicos, profesores, a mis maestros, que mucho se olvidan esa parte, ¿no?, «¡ya!, te tomas esto», pero no... no saben que de repente esa persona tiene una carga psicológica tan grande que puede ser incluso causa o empeorar lo que la persona... en sí la enfermedad.

[...] hace mucho en un paciente, ¿no?, la confianza que tú le das [...] y yo creía que no era una parte importante, creía que solamente los conocimientos teóricos, ¿no?, lo que uno más pueda leer, pueda adquirir o pueda aplicar iba a ser suficiente pero en realidad no es así, somos humanos y eso es lo que a veces nos olvidamos. (Médica 7)

La mayoría de estos profesionales médicos, al igual que el primer grupo, coincide en que los preparan en hospitales y centros de segundo nivel y cuando salen a realizar su SERUMS en otro tipo de establecimientos se produce un «choque cultural» con la población y con los trabajadores del propio servicio (médico 6). La médica en el PS del valle realizó su internado rural en un hospital en Chanchamayo, no fue en una posta de salud como la que ahora tiene que atender. Llevó cursos de sociología, psicología y rotaciones en zonas urba-

no-marginales, pero evaluaba que los profesores deberían salir al campo y acompañar experiencias durante un tiempo, preparándolos y guiándolos para realizar mejor su labor en el servicio rural (médica 8).

Los médicos saben que el país requiere médicos generales. Algunos reconocen que es un aporte para el desarrollo de una perspectiva de atención primaria, pero que esto requiere «capacitación en salud pública o en medicina familiar» para una mejor gestión y conocimiento de instrumentos para trabajar con poblaciones. La opinión es que los médicos que tienen ya más de diez años en algunos establecimiento de la zona están frustrados porque no han podido especializarse, sea en una perspectiva de atención primaria o de especialización biomédica: «el médico... se ha frustrado, se ha quedado ahí sin especialización porque no le queda otra... así es» (médico 6).

### 3. APRENDIZAJES EN EL SERVICIO

Durante el SERUMS, el personal médico atiende a niños, gestantes y adultos. Los padres acuden con niños que tienen infecciones respiratorias agudas, diarreas y heridas. Las gestantes reciben atención cuando tienen partos a término o emergencias durante el embarazo o son preparadas para su referencia a centros de mayor nivel en su capacidad para responder y resolver una situación que requiere un cuidado, intervención o recuperación especializada. En los adultos ven traumatismos, intoxicaciones y heridas. Dificultades para referir emergencias acontecen a aquellos profesionales que se encuentran ubicados en zonas alejadas de los centros urbanos, en puestos de salud en la sierra a más de 3.800 msnm o en zona de selva o ceja de selva. Estas situaciones describen la impotencia o la dificultad para comunicarse y lograr cumplir con su responsabilidad de atención.

En establecimientos como los CS categorizados como I-3 e I-4 existe un servicio de laboratorio, por lo que se puede saber en qué estado llegan los pacientes. En el CS en la selva, el médico ha atendido niños con neumonía que tenían una hemoglobina muy baja (de seis a siete). El establecimiento cuenta, igualmente, con una trabajadora social que conversa con los padres y les recomienda internar a sus niños para alimentarlos y medicarlos, porque los padres prefieren que los mediquen y retirarse lo más pronto posible. El padre de familia entiende el castellano, pero además en el servicio se cuenta con personal técnico nativo que explica los procedimientos en su propia lengua ashaninka cuando los pacientes o los padres solicitan retirarse voluntariamente y se requiere la firma de un documento.

En un caso, un niño de seis semanas de nacido con neumonía estuvo hospitalizado dos días, tras lo cual los padres solicitaron retirarlo por decisión voluntaria. Esto implicaba

perder las atenciones gratuitas del Seguro Integral de Salud (SIS) que beneficia a menores de diecisiete años y pagar todo el tratamiento que ascendía a setenta nuevos soles. Al día siguiente, los padres volvieron a traer al niño al centro de salud: estaba cianótico<sup>5</sup> e hipoactivo<sup>6</sup>, por lo cual le colocaron altas dosis de fármacos con cortisona. La explicación del médico para este tratamiento con corticoides fue que en la zona había costumbre de atenderse en boticas, por lo que el bebe era ya un paciente intervenido farmacológicamente. Lo estabilizaron y lo trasladaron a Satipo, donde logró salvarse.

En otro caso, en un PS en la sierra un niño de diez años había recibido la patada de un burro que le había causado la rotura de la vejiga. El niño presentaba un cuadro de peritonitis<sup>7</sup>. El padre había acudido al PS porque, según su evaluación, su hijo había estado con cólico durante una semana. El padre sufragó los gastos del traslado del niño al hospital de referencia y la médica lo acompañó.

Una situación evitable se presentó en la atención de un parto de niños gemelos en el PS en la sierra a 4.200 msnm. La paciente era primeriza de diecinueve años y al momento del parto la médica escuchó latidos de dos bebes. Esta gestante había seguido doce controles prenatales con la obstetrix. La obstetrix no había registrado en la historia clínica la presencia de un embarazo gemelar y no había solicitado una ecografía, la que es gratuita en el CS cabeza de la microrred, en la jurisdicción del PS. La gestante tenía un embarazo de 35 semanas y ya estaba con ocho de dilatación cuando llegó al PS para ser atendida. Ambos bebes estaban en posición podálica, pero como eran muy pequeños salieron sin problemas, pesaban un kilo y un kilo y medio. La médica envolvió a los bebes para abrigo pero no pudo colocarles vías porque no se tenían para niños prematuros y acompañó al padre al hospital, pero a las tres horas de viaje fallecieron los bebes. A raíz de este evento tuvo dificultades con la obstetrix al llamarle la atención por no tener el debido cuidado en el seguimiento de esta gestante. La obstetrix desaprobó la llamada de atención de la médica y la atribuyó a que esta se sentía superior (médica 7).

- 
5. «Dícese del color azul violáceo que presentan la cara, labios, etc.» (tomado del servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos. NIH, Institutos Nacionales de la Salud. Fecha de consulta: 14/1/2011. <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003215.htm>>).
  6. Actividad disminuida anormalmente, signo a ser evaluado (según el Technical Advisory Group IMCI. TAG-IMCI. Report of the Second Meeting Texas Children's Hospital. Houston, TX, SA, 10 y 11 de setiembre de 2002. PAHO, Pan American Health Organization, pp. 27. Fecha de consulta: 15/1/2011. <<http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-GATA2.pdf>>).
  7. Una acumulación de pus en el abdomen, llamada absceso abdominal, puede causar la peritonitis (tomado del servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos. NIH, Institutos Nacionales de la Salud. Fecha de consulta 14/1/2011. <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001335.htm>>).

En relación a las gestantes, los inspectores de la Diresa les habían advertido a los serumistas que no podía haber ninguna muerte materna o perinatal. Si las gestantes se negaban a acudir a su control prenatal, la médica en el PS del valle tenía que salir con la obstetriz a convencerlas para que acudan al servicio. La médica 8 refiere que una de las gestantes le ofreció a la obstetriz cien soles para que vaya a atenderla a su casa, pero esta le dijo «[...] y si te mueres, yo puedo ir a la cárcel y ni con tus cien soles... no voy a poder» (médica 8).

En zonas de sierra alta el personal del establecimiento tiene que contribuir con dinero de su bolsillo para trasladar una emergencia. El reembolso para estos gastos se produce tardíamente, cuando la serumista ya no se encuentra laborando. El pasaje de un taxi desde estas zonas hasta Comas, Concepción, Chupaca o al hospital de referencia puede costar entre cincuenta y ochenta soles<sup>8</sup>. El primer día que la serumista (médica 3) llegó a trabajar a su PS en sierra alta se encontró con una gestante de 32 semanas que tenía una hemorragia y había que descartar placenta previa y *shock* hipovolémico<sup>9</sup>. La estabilizaron y le colocaron una vía con cloruro de sodio que tenían en el almacén. La gestante y su familia no querían aceptar la referencia al hospital de Huancayo, la paciente decía que «prefería morir» a salir de la zona. Para que aceptara, la médica le dijo que ella iba a pagar el pasaje, que conocía personas en el hospital e iba a realizar las gestiones, que la acompañaría y no iba a realizar ningún gasto. La pareja no solo no tenía dinero, sino que su mayor preocupación era con quién iba a dejar a sus animales, los que son sus únicas posesiones. Ya en el hospital, la gestante no estaba de acuerdo con que le hicieran tacto vaginal, «que le metieran la mano» (médica 3). El parto fue normal, un bebe prematuro, la parturienta tenía que quedarse más tiempo hospitalizada, pero solicitó su alta voluntaria y regresó a la zona, donde la médica le hizo seguimiento.

En la misma zona, la médica y el enfermero tuvieron que salir a realizar una visita domiciliaria en una comunidad alejada porque un poblador había avisado que una señora estaba enferma. En realidad la mujer estaba embarazada y se negaba a reconocer su estado aduciendo que era un tumor que le estaba creciendo en el abdomen.

[...] no, ese es un tumor que el cerro me ha agarrado, el chacho me ha agarrado, eso es un tumor, no es embarazo [...] hace tiempo no me ha venido la regla y luego normal me ha venido, y... esa fecha me ha [dicho] el curandero y me

---

8. Entre 18 y 29 dólares.

9. Es una afección de emergencia en la cual la pérdida severa de sangre y líquido hace que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo. Este tipo de *shock* puede hacer que muchos órganos dejen de funcionar (tomado del servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos. NIH, Institutos Nacionales de la Salud. Fecha de consulta: 14/1/2011. <[www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000167.htm](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000167.htm)>).

dijo que era chacho, que era el puquio, que era el cerro, y usted, mentira, me está viniendo acá a decir que yo estoy embarazada, ahora toda la gente ya sabe o está diciendo que estoy embarazada. (Médica 3)

Era su cuarto hijo, no tenía pareja, vivía con su madre y dos niños de diez y doce años; le preocupaba que en el pueblo se enteraran los vecinos. Sus hermanas no vivían con ella, la médica las buscó en el pueblo para que apoyaran su atención en el servicio. Estas le informaron que su padre no la había reconocido como hija y que cada vez que se embarazaba «se pone como niña y dice que se le está pudriendo el cuerpo [...] tal vez para llamar la atención» (médica 3). La obstetriz le hizo oír a la gestante los latidos del corazón del bebé con el *dopler*<sup>10</sup>, pero seguía negando su embarazo. Buscaron al teniente gobernador para informarle y pedirle que conversara con ella para que acudiera a realizarse sus exámenes auxiliares de orina y sangre y, en caso de emergencia, trasladarla a un establecimiento que pudiera resolverla, pero tampoco aceptó. Hablaba castellano y su centro poblado se encontraba en un anexo<sup>11</sup> como a una hora y media de camino desde el PS. Prometió bajar al establecimiento, pero no lo hizo. Las explicaciones que da la médica a la negativa de la gestante las relaciona a que la paciente tiene temor por intervenciones que, en otros establecimientos de salud, puedan efectuar en su cuerpo: «[...] tienen una creencia de que si lo sacamos, o sea le sacamos de su zona, le llevamos a Concepción, piensan ya que les vamos a llevar a Huancayo, que les van a hacer corte, ellos dicen "corte" a la cesárea, ¿no? ... otros dicen van a matarlo a mi hijo» (médica 3).

Decidieron seguir apoyándola, convencerla y acompañarla al CS de Comas, donde le harían los análisis auxiliares. Allí no pueden realizarle una ecografía porque no tienen ecógrafo portátil, por lo que se necesitaría hacerlo en otro establecimiento como a cuatro horas de viaje. La ecografía es útil para estimar la edad gestacional y descartar algún otro problema.

El tacto vaginal es para la médica 7 una de las dificultades que encontró, pues, a pesar de la explicación que brindaba, no se comprendía el objetivo del examen. Relata el caso de una gestante con atonía uterina<sup>12</sup> que estaba pálida y sangrando profusamente y no quería que la revisaran:

[...] estábamos haciendo todo lo posible, si la señora fallecía... la mortalidad materna... o sea tiene que estar en cero, ¿no?, entonces que se muera una

---

10. El *dopler* es un estetoscopio sencillo que capta los latidos del bebé mediante un efecto de eco o sonido.

11. Cerca de Aracancha.

12. Término que se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero y a un consecuente retraso en la involución del útero (tomado de Wikipedia en español. Fecha de consulta: 15/1/2011. <[http://es.wikipedia.org/wiki/Aton%C3%ADa\\_uterina](http://es.wikipedia.org/wiki/Aton%C3%ADa_uterina)>).

mujer teniendo los recursos para poder salvarse. Ella decía que no, que si iba... le iban a poner agujas, que ella ya se había hecho poner muchas inyecciones, que por culpa de las inyecciones ella estaba así, que ella no quería recibir ninguna atención médica de nadie, que quería que su mamá nada más le atendiera, que ya le iba a pasar, que con su anterior hijo también había sido así. (Médica 7)

Por esta información conocieron que la señora ya tenía antecedentes de haber hecho atonía uterina. Rechazaba ser trasladada y tuvieron que llamar al fiscal para poder hacerlo. Era una gestante que ya tenía cuatro hijos, el esposo se dedicaba a la agricultura. En el PS, a 4.200 msnm, no tenían ningún tipo de movilidad para trasladar a los pacientes. Hicieron todo lo posible por convencerla, incluyendo la financiación para su traslado, pero no aceptó. Llamaron a la Diresa para solicitar una ambulancia. Avisaron a las autoridades locales, vino el alcalde y el gobernador, quienes tomaron conocimiento de la situación y de la probabilidad de riesgo de muerte de la paciente. Algunos pobladores estaban en la puerta y se habían dividido entre los que aceptaban que fuera y los que no. Se llamó al fiscal, que llegó con la policía. Le infundieron temor al esposo: si se moría su esposa, él iba a la cárcel porque estaba colaborando con un suicidio; así es como aceptó. La ambulancia de la Diresa había llegado después de más de cuatro horas de camino, subiendo desde el valle, en el momento en que llegaban el fiscal y la policía y así es como pudieron trasladarla. Le colocaron las dos vías, se salvó, pero le tuvieron que realizar una histerectomía en el hospital. A su retorno la señora y su esposo fueron a agradecerle a la médica. La señora manifestó que si ella se moría sus hijos iban a estar abandonados. Según refiere la médica, esta señora es la que más acude ahora a la posta para controlarse.

Otro aprendizaje ha sido el uso de plantas medicinales que ayudan a desinflamar (ortiga, muña, borraja) utilizadas por las mujeres de la zona. En su PS, la médica 7 las recomienda como agua para beber durante el día. Tanto ella como la médica del PS en Pariahuanca (ceja de selva; médica 9) coincidían en la escasez de recursos y en cómo hay que ingeniarse para elaborar implementos a partir de lo que tienen. Esta última elaboró una aerocámara (inhalador) con un frasco de cloruro. Aunque en la universidad les enseñaron lo que deberían usar, muchas veces no cuentan ni con las medicinas, ni con los instrumentos.

Muchos de los serumistas tienen que desempeñar labores de jefatura de los puestos de salud y han aprendido aspectos administrativos y de gerencia con dificultad. El médico de Ingenio ha logrado establecer un sistema de referencia para emergencias a través de dos taxistas del pueblo que hacen horario nocturno, ya que el PS no tiene ambulancia. Han utilizado el servicio de taxi en tres ocasiones hacia el CS de Concepción que se encuentra más cercano. El gasto corre por cuenta del paciente. Al médico 6 le fue útil saber conducir

un automóvil porque pudo utilizar la ambulancia del CS en la noche para evacuar hacia el hospital a una gestante de quince años. La gestante dilató pero no llegaba a la fase expulsiva y el líquido amniótico estaba de color verde, signo de sufrimiento fetal. Pero la trasladaron y el niño nació y se recuperó. La noción de que son dos vidas, dos responsabilidades, marcó mucho su relato.

#### 4. DISCUSIÓN

En comparación con los vacíos encontrados por Motta y Frisancho, algunos avances se han logrado en lo que respecta a conocer las diversas denominaciones con que los pobladores de esa zona interpretan las dolencias de sus cuerpos. Existen actualmente estudios realizados en el país sobre los significados de expresiones de uso local, como pasar el cuy o «jubeear con el cuy»<sup>13</sup> y «pasar el huevo»<sup>14</sup>, las cuales están vinculadas al diagnóstico y limpieza del cuerpo; por otra parte, el «chacho»<sup>15</sup>, el «cerro» (similar al chacho), el «puquio»<sup>16</sup> y el «abuelo»<sup>17</sup> se relacionan a un mal que viene de fuera y penetra en el cuerpo, sea porque la persona afectada ha pisado agua o porque se ha recostado en la tierra y le ha entrado el mal. Los nombres mencionados giran alrededor de las representaciones andinas de ordenamiento del entorno y en otros casos se vinculan a la pérdida de la protección de las deidades o *apus* andinos.

Los médicos las toleran aunque no sean concepciones de causalidad como aquellas en las que han sido formados. No hubo, sin embargo, descripciones que informaran acerca de

- 
13. «Es un arte, un rito religioso que se realiza para diagnosticar y tratar las diferentes enfermedades, principalmente del hombre» (Arellano 1997). El diagnóstico consiste en abrir la barriga del cuy después de pasarlo por todo el cuerpo e identificar los órganos que no están bien (tomado del repositorio de documentos de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Fecha de consulta: 15/11/2010. <<http://repository.unm.edu/bitstream/handle/1928/11550/Manos%20sabias%20para%20criar%20la%20vida.pdf?sequence=1>>).
  14. «[...] algunos pasan un huevo por las partes doloridas o afectadas (costumbre zapoteca, mixe, chatina, mixta). El huevo representa en las tradiciones mesoamericanas la convergencia de los polos, positivo (panza) y negativo (extremos), lo dual» (Aparicio 2009).
  15. «Es una enfermedad de origen mágico, caracterizada por presentar fiebre, malestar general, rechazo a algunos derivados lácteos y carne de chanco; en la mayoría de los pacientes se menciona el antecedente de descanso cercano a un cerro o dormir en el suelo (tierra). El tiempo de duración de la enfermedad fue menor de una semana en promedio» (Culqui *et al.* 2008).
  16. «[...] el puquio es capaz de proveer el agua pero también [de] producir enfermedades dérmicas» (Liendo 1997-1998).
  17. «[...] se enferman por haber estado en los lugares donde habitaron los "gentiles", se trata de espacios sagrados sometidos a ciertos tabúes. [...]. Un anciano es el símbolo del gentil» (Taipe 2005). «[...] los Apus, como los dioses andinos que residen en las montañas sagradas, son ordenadores de su cosmos a través de los gentiles, quienes en cuanto representantes y depositarios del poder son los otorgadores, reguladores o fundamentadores del elemento vital del agua para la vida y la agricultura: sistema de riego del valle» (Arroyo 2005).

cómo se transitaba de la tolerancia a su incorporación y comprensión en los contextos en que los pacientes describen sus dolencias. Este es un camino que todavía falta construir, ya que son síntomas que expresan sufrimiento y que pueden atribuirse a un conjunto de características. Autores como Kleinman (1988: 15-16) proponen que es más apropiado hablar de sistemas locales de conocimiento y de relaciones sociales que informan cómo se considera a estos síntomas. Los médicos no están entrenados para ser intérpretes reflexivos de sistemas de significados de los cuales desconfían. Su formación los lleva a discernir los síntomas como evidencia física causal que deben descubrir y resolver, como sucedió con la identificación de una peritonitis que ayudó a salvar la vida de un niño.

Por otra parte, no todos los casos de evidencia física logran una aceptación del paciente para su tratamiento. Kleinman y Benson (2006b) convocan a abrirse a una comunicación humana empática que no se sitúe por encima de la persona leiga, sino que se realice a través de un abordaje minietnográfico que tenga en cuenta: a) la identidad étnica, b) la indagación acerca de qué es lo que se juega en las decisiones reales y morales de los pacientes, c) las construcciones explicativas de los pacientes, d) su estrés, e) los apoyos sociales que tienen los pacientes, f) la formación biomédica del profesional, g) la influencia institucional y, finalmente, h) el estar atentos a otro tipo de recursos e intervenciones requeridas<sup>18, 19</sup>. En el

---

18. Ver Kleinman y Benson (2006b):

1. «Identidad étnica: no es un concepto abstracto, sino que define cómo las personas se ven a sí mismas y su lugar dentro de la familia, trabajo y redes sociales. Es básica a una interacción terapéutica y respetuosa.
  2. [Saber] qué es lo que está en juego cuando el paciente y su familia confrontan una situación de atención de salud puede aclarar dudas, decisiones reales y morales de los pacientes. Para esto se requiere tener una mirada acerca de sus familiares más cercanos, sus recursos materiales, sus creencias religiosas y aun su vida misma.
  3. Reconstruir la narrativa del paciente en sus modelos explicativos o de sus familiares ayuda a estar abierto a los mundos locales y sus diferencias culturales; a la vez el paciente puede reconocer que los médicos no se ajustan a ciertos estereotipos en las interpretaciones más de los que ellos mismos tienen.
  4. Considerar el estrés y el apoyo social requerido que caracterizan las vidas de las personas (tensiones familiares, problemas laborales, dificultades económicas y ansiedades personales) puede sugerir otras intervenciones terapéuticas de otros profesionales, autoayuda, asistencia y medicina alternativa o complementaria.
  5. Prestar atención a los efectos formativos de la influencia biomédica de centrarse en los cuerpos y en órganos y no en su integralidad, [lo mismo que] a la influencia institucional de las normas, reglas, tiempos de atención, registros en las mismas rutinas o prácticas médicas para entender el mundo del paciente y confrontarlo con el propio; reconocer cuáles son los estereotipos que utilizamos con los pacientes.
  6. Estar atentos a otros problemas que no se resuelven con la comprensión de las diferencias culturales: existen otros factores, como recursos necesarios para resolver situaciones problemáticas.
19. «They [en referencia a los estudiantes de medicina] are rarely taught that biological process are known only through socially constructed categories that constrain experience as much as does disordered physiology» (Kleinman 1988: 17).

estudio exploratorio de Reyes y Valdivia (2010), los profesionales de salud refieren que se encuentran desbordados por el tiempo asignado para las consultas, sobre todo en los centros de salud, donde tienen que atender a veinticinco pacientes en el turno de la mañana. Esto limita la posibilidad de dar un mayor tiempo a tales interacciones. Sin embargo, pueden producirse algunos cambios en el lenguaje utilizado y en la empatía a lograr, considerando e incluyendo las propias explicaciones de los pacientes en las decisiones terapéuticas. Si bien es cierto que la confianza debe ser mutua, un año de práctica profesional restringe lo ganado en este campo. Los nuevos profesionales que realizan su SERUMS deberían continuar desarrollando los avances y revisando las dificultades y aprendizajes que deben quedar registrados como historia verbal o escrita en el servicio y en comunicaciones con algunas personas de la población y no solo en los archivos de la Dirección Regional de Salud.

Desde su propio abordaje, la médica 7 convoca a un «humanismo» en el trato al paciente, el cual no se resuelve con la entrega de una receta y más bien toma en cuenta la influencia de la carga psicológica en la evolución de la enfermedad. Su experiencia acerca de los testimonios de sufrimiento por violencia doméstica en mujeres y niños da importancia a una identidad profesional que pueda brindar apoyo en situaciones con una carga moral de reconocimiento ineludible respecto a estos hechos.

En lo que respecta a la metáfora de la Cenicienta –a la aspiración de curar patologías complejas que en estos establecimientos rurales no encuentran–, la mayoría de médicos coincide en que no los preparan para el manejo de programas que atiendan al niño y la madre, los que tienen un componente central en lo preventivo y en la promoción de la salud que puede salvar vidas. La percepción de que un médico general que no sale a especializarse se ha «frustrado» es una valoración sustantiva respecto a qué es ser un buen médico. Aunque esta valoración ha variado hacia reconocer también que la salud pública y la medicina familiar tienen un lugar en la especialización, sin embargo, por lo general, durante el SERUMS los médicos se preparan para el examen de internado con el objetivo de poder alcanzar una plaza hospitalaria que los especialice. Un estudio reciente (Carrasco *et al.* 2008; 26) propone una reorientación de la formación de especialistas, pues las necesidades principales que se requiere cubrir son cuatro: ginecología y obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía; y después: ortopedia y traumatología, oftalmología, cardiología, gastroenterología y psiquiatría.

Los serumistas demandan una mayor orientación de sus propios profesores en los cursos de salud pública y salud comunitaria que los preparan para el servicio rural. El curso de salud comunitaria basado en realizar encuestas e interpretar cuadros demográficos es insuficiente. La iniciativa planteada por uno de los entrevistados como alternativa en los

cursos de salud comunitaria es investigar los problemas de la zona priorizando el interés del médico, preocupación que, sin embargo, puede dejar de lado el propio interés del paciente y de la población. Si bien algunos mencionan que los instruyeron en la forma de generar empatía en la práctica terapéutica, el desafío se encuentra en saber comunicar y dar confianza. Este es un eje central de la práctica clínica y del juramento hipocrático. No solo se trata de que los profesionales de medicina comprendan los significados que los pacientes atribuyen a sus dolencias, sino de que puedan generar relaciones sociales a través de acciones que tengan nuevos significados. Las experiencias muestran divergencias en las soluciones que profesionales y pacientes proponen. Si bien para algunos casos se han logrado encaminar respuestas, estas ocurren en situaciones con mucha precariedad de recursos e implementos para procedimientos de intervención inmediata, seguimiento, análisis y traslado de gestantes y niños. Por otra parte, esos nuevos significados también requieren contextos que habiliten respuestas sociales sólidas desde los servicios de salud en donde los sermistas se aprestan a servir en representación del Estado.

La generación de incertidumbre en las experiencias de los casos presentados en la atención de partos describe a gestantes que presentan cuadros de emergencia obstétrica que las médicas tienen que atender sin mayor información o seguimiento de análisis básicos. Las situaciones que enfrentaron la médica 7 y la médica 3 están llenas de incertidumbre tanto en ellas mismas como en las propias gestantes. Estas tienen temor frente a procedimientos que no conocen, se sienten en peligro fuera de su propio entorno y, además, deben enfrentar la inseguridad respecto al cuidado de los recursos que poseen (como sus animales) y de sus hijos, lo mismo que sobre el apoyo de sus familiares. Son situaciones que requerirían acciones ya previstas en el plan de parto y que podrían adecuarse. Estas suponen preparar planes de contingencia para el traslado de la paciente y el cuidado de sus hijos y animales por parientes, vecinos o autoridades locales, realizando un inventario, sobre todo, de los animales que se dejan a cuidado. Todo esto supone tanto acuerdos sociales que van más allá del llenado del formato de plan de parto, como construir otros acuerdos para hacer viable la atención y reconocerlos como actividad laboral en los servicios de salud de ámbitos rurales.

El apunte de uno de los sermistas acerca de la importancia de tener «ojo clínico» para determinar el nivel de urgencia y la necesidad de atención parece muy apropiado para estas situaciones, pero al mismo tiempo sitúa la importancia de «saber llegar» y de comunicarse. Ambos aspectos se logran a través de una práctica larga y continua de interacción con los pacientes. Según Joe Kai *et al.* (2007: 1768), para muchos profesionales el aspecto central de preocupación e incertidumbre es la implicancia que estas deficiencias pueden tener en los errores que ellos podrían cometer. Más aun, como señalan Daniels y Swartz

(2007: 1717), en el caso de algunos trabajadores de salud, no es que ellos no conozcan las implicancias de una atención en contextos culturalmente diversos, sino que se sienten sin poder acerca de lo que conocen para poder afrontar la complejidad de situaciones institucionales y personales.

En relación a otros procedimientos, como el tacto vaginal, los estudios realizados indican que es considerado por las mujeres como una agresión a su sentido de pudor (Anderson 2001; Reyes 2007; Reyes y Valdivia 2010). Comprender su utilidad, pertinencia, momento y número de veces que se recomienda debe ser parte de las actividades de enseñanza, además de la realización de acciones de promoción de la salud con gestantes utilizando medios sencillos y visuales en todos los establecimientos. Debe resguardarse, igualmente, el derecho de la mujer a que se le solicite permiso y a que ella se rehúse cuando considera que no es el momento adecuado para realizar tal procedimiento. A esto se añaden temores de las gestantes que provienen de experiencias traumáticas en otros establecimientos de salud, narradas por familiares o amigos, que construyen imaginarios de peligro y cierran posibilidades de entendimiento.

Por otro lado, la incertidumbre que describen las médicas de las zonas antes mencionadas alude también a que no conocen las condiciones en que algunas gestantes están desarrollando su gestación o a la dificultad para poder comprobar, cuando son convocadas a domicilio para una emergencia, por ejemplo, el estado de una parturienta que está sufriendo una hemorragia que pone en peligro su vida. La posibilidad de ser responsable de una muerte materna es una amenaza institucional que queda registrada en su legajo personal y es vivida como un riesgo de sanción constante. Todas estas situaciones requieren trabajarse y construirse con otros significados que aclaren dudas y presenten escenarios probables de resultados, pero, sobre todo, nuevas realidades que infundan esperanza de lo que puede ser una mejor solución para situaciones específicas de atención.

Las decisiones que los profesionales toman en situaciones de emergencia también muestran una reducción de opciones que no han sido previstas y construidas con la gestante y sus familiares. En algunos casos se persiste en el seguimiento y apoyo para que puedan realizarse los exámenes auxiliares básicos, en otras se involucra a actores adicionales cuando las explicaciones no son aceptadas y se acude a intervenciones punitivas apoyadas por la fiscalía y la policía. El involucramiento de otros actores y la difusión de información sobre las mujeres también pueden generar vergüenza, como fue el caso de la gestante que negaba estar embarazada y no se le conocía pareja. Informar al alcalde, al gobernador, a la Diresa, al fiscal y a la policía de la zona son opciones respaldadas por una resolución del Ministerio de Salud a través de los Comités de Prevención de la Mortalidad Materna y

Perinatal (Minsa 2006)<sup>20</sup>. Estas medidas, como también la autorización de alta voluntaria, resguardan la responsabilidad legal de la institución y de los profesionales ante los peligros que pueda sufrir una o un paciente «en riesgo». Una de las narraciones muestra el agradecimiento de parte de la parturienta en peligro, por lo que el apoyo y la difusión que estas mujeres pueden dar sobre su propia experiencia y sobre cómo fue resuelta adecuadamente la emergencia deberían estar incorporados en actividades que promuevan nuevas relaciones y quedar registrados para su evaluación y continuidad.

La comprensión de cultura que tienen los trabajadores de salud es que son los otros quienes tienen cultura, prevaleciendo una concepción fija de esta y ellos mismos no se reconocen como portadores de cultura. La necesidad de valorar la cultura implica subordinar una perspectiva utilitaria y comprender y escuchar a los que no son «como nosotros» para lograr entendimientos mutuos y no imposiciones. La riqueza es que el intercambio cultural se construye en la interacción paciente-profesional, encuentro que está embebido de relaciones sociales que generan estereotipos, impresiones iniciales de clasificación que realizamos cotidianamente. Cuando estos estereotipos se cierran y se inmovilizan en la percepción del «otro», el intercambio deja fuera las posibilidades de agencia y transformación que podrían presentarse. La dinámica de intercambio cultural implica no disminuir la valía de nuestros interlocutores como personas: los pacientes acuden a buscar ayuda, hay un reconocimiento al servicio del profesional; los profesionales salen a prestar ayuda convocados por los vecinos o familiares y deben estar dispuestos a escuchar, a guardar la confidencialidad y a reconocer e identificar la dolencia. Como ciudadanos, ambos sectores construyen el espacio público de diferentes maneras más allá de sus individualismos.

Adecuarse al trabajo en el servicio supone también una dificultad en cuanto a poder trabajar en equipo con el personal del establecimiento. La llamada de atención de la médica a la obstetriz en la presentación del parto de gemelos fue adecuada. Coloca la atención en el tipo de previsión que debe tener la profesional en el control prenatal. La respuesta de la obstetriz acerca de la superioridad jerárquica denota inseguridad y transferencia de su propia responsabilidad, hecho que da cuenta de las relaciones interpersonales que se requiere construir para poder trabajar en equipo.

La iniciativa de desarrollar estos temas con los trabajadores de salud, además de los relacionados con los pacientes, para una atención de calidad, han sido evaluados a través de

---

20. Las autoridades comunales, locales y regionales, con el apoyo de instituciones públicas y privadas de los diferentes sectores y con el asesoramiento del sector salud, organizan y establecen sistemas locales de vigilancia en salud y de evacuación de emergencias obstétricas y neonatales, incorporando mecanismos de transparencia y rendición de cuentas.

una serie de talleres llamados Trabajadores de Salud para el Cambio<sup>21</sup> realizados en la ciudad de Avellaneda (Argentina) como parte de un estudio multipaís, incluyendo seis locaciones en África (Fonn y Xaba 1996, 2001). Una primera aproximación relevante para el trabajo en equipo señala que es normal e inevitable el incremento de conflictos en cualquier grupo que aprende a trabajar en conjunto y busca cambiar las relaciones existentes. En el grupo argentino, después de once meses de haberse realizado los talleres, decayó la dinámica de apoyo entre trabajadores debido a que no se adoptó como política el colocar a los trabajadores de salud al centro del proceso de mejoramiento de la calidad. Así mismo, no se contó con las necesarias habilidades, experiencia y apoyo para trabajar los conflictos que emergían (Pittman *et al.* 2001: 45-46). He sido testigo de capacitaciones brindadas en algunos establecimientos del primer nivel de atención y concuerdo en que estas se debilitan si no son apoyadas por las autoridades respectivas y si no se convierten en un eje de la vida institucional.

## 5. CONCLUSIÓN

El análisis ha tratado de develar la complejidad de las relaciones entre pacientes y profesionales, la cual sitúa la formación en una perspectiva de encuentro con las necesidades de salud integral de nuestra población en el país. Considerando los vacíos señalados por Motta y Frisancho (1992), se ha avanzado en aprender a comunicarse y en brindar confianza a la población, respetando las interpretaciones de sus dolencias. No obstante, aún las explicaciones biomédicas consideradas «científicas» son las prevalentes. Establecer vínculos con los significados presentes en las narraciones de los pacientes no es algo que se haya incorporado en la atención. Los casos descritos muestran aún la falta de mejor orientación e información sobre los ámbitos geográficos, sociales y culturales a los que irán a laborar los serumistas. Asimismo, un mejor manejo de los aspectos preventivo-promocionales de salud pública y atención primaria en el país sería necesario. La inducción de dos semanas que realizan las Diresa a los nuevos serumistas está basada en las grandes metas y estrategias sanitarias que tiene el Ministerio de Salud. Esta inducción debería ser complementaria a la recibida por los profesionales de salud que egresan de las universidades del país a través de una currícula que recoja los contenidos de formación planteados. Recientemente, se está proponiendo la estrategia Pro Salud<sup>22</sup> en el Perú, planteada como complementaria al SERUMS, a través de equipos básicos de

---

21. En inglés: Health Workers for Change (HWFC).

22. Pro Salud es un programa «que incentiva y estimula a que equipos básicos profesionales, integrados por un médico, una enfermera y una obstetra, sean contratados por tres años con incentivos remunerativos, puntaje para que puedan concursar a puestos en sector (20%) y puntaje para que puedan aspirar a realizar alguna especialización (20%) mediante concurso» (Minsa 2011).

médico, enfermera y obstetra. Sin embargo, valorar las experiencias del SERUMS y Pro Salud en una perspectiva que impulse la formación en servicio requiere no solo un seguimiento institucional de estas prácticas, sino también incentivar que los informes de ellas contengan evaluaciones, investigaciones, sistematizaciones de intervenciones o breves diagnósticos etnográficos que no solo identifiquen casos y situaciones biomédicas sino que aporten en dar cuenta de las preguntas y soluciones propuestas que afectan la vida real y moral de los pacientes.

Los problemas para retener a profesionales de medicina en puestos rurales no solo ocurren en nuestro país. El gobierno australiano, por ejemplo, ha buscado resolver tal escasez incorporando con incentivos a profesionales emigrados, pero el problema persiste. Los autores Han y Humphreys (2006) señalan que esto último se debe a un enfoque de soluciones de corto plazo, antes que a uno estratégico, y a que no se comprenden los factores que impactan en la integración de los profesionales en las comunidades rurales. Estos remiten a las condiciones en que se desenvuelven las acciones de los profesionales, como las mencionadas por los serumistas en sus relatos. Para algunos de los serumistas, ciertamente, los aprendizajes son muy ricos y los ayudan a situar el sentido de la profesión, para otros es una comprobación de que en estos ámbitos nunca podrían desarrollar su labor.

Los aprendizajes nos remiten, igualmente, a decisiones que se procesan no solo con los pacientes aclarando sus dudas y temores, sino también con otros actores, como las autoridades locales, la Demuna e incluso autoridades judiciales y policiales, interlocutores válidos en el desarrollo de una estrategia de atención primaria de salud entre sectores y sin imposiciones. En este sentido, es primordial que las acciones desarrolladas por los serumistas puedan ser parte de la memoria de las intervenciones reconocidas por las y los pacientes como productoras de bienestar para ellas, ellos y sus familias. No se trata de estar siempre comenzando intervenciones, sino de aprender lecciones que reconozcan los entendimientos ya logrados y que estos puedan difundirse en la población.

En esta perspectiva se sitúa también la formulación de campañas de difusión acerca del tacto vaginal y de cómo los profesionales de salud deben proceder a respetar el pudor de la mujer, solicitar su permiso y explicar en qué consiste. Por otra parte, el mejor uso y supervisión de la aplicación de los planes de parto es una oportunidad para conocer a través de una minietnografía los contextos de las pacientes y cómo proceder con planes de contingencia que contemplen la legítima incertidumbre que generan los traslados a establecimientos y entornos urbanos, como hospitales o centros de salud, que el sentido común prevalente ubica como lugares de altos costos y también de maltrato.

Estas posibles nuevas configuraciones de la acción profesional dan cabida al discernimiento. Este se sitúa en el centro de las complejidades de la pobreza, el sufrimiento, la libertad de los actores y la convocatoria al «humanismo», que recordaba una de las entrevistadas. Sobre este último aspecto, Taylor, médico general británico, reclama a la Asociación Médica Británica (BMA) que se incluya «la compasión» en el marco de los «valores medulares de la profesión médica en el siglo XXI» porque es central a la acción terapéutica<sup>23</sup>. Taylor asume el significado de compasión como «sentirse compañero de otro<sup>24</sup>, que es probable que se pueda expresar», significado que incluye una actitud de conmiseración, que no es una lástima contemplativa, sino movimiento a la acción, que también incluye alegría y otras emociones que mueven a expresiones similares. De manera que, a partir de su experiencia, dice Taylor que «[...] para el médico personal, realizar una práctica general sin compasión, era tan terapéutica como el aire sin oxígeno» (1997: 521)<sup>25</sup>.

---

23. La BMA, en un documento publicado en su página web el 9 de noviembre de 2005, incorpora esta dimensión (BMA 2005).

24. Con pasión, con humanidad (nota de la autora del artículo).

25. «[...] to the Personal Doctor, general practice without compassion was as therapeutic as air without oxygen».

## BIBLIOGRAFÍA

ANDERSON, Jeanine

2001 *Tendiendo puentes: calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de los servicios de salud*. Lima: Movimiento Manuela Ramos.

APARICIO MENA, Alfonso Julio

2009 «La limpia en las etnomedicinas mesoamericanas». En: *Gazeta de Antropología*, vol. 25, N° 1, artículo 21. Fecha de consulta: 14/11/2010. <[http://www.ugr.es/~pwlac/G25\\_21\\_AlfonsoJ\\_Aparicio\\_Mena.pdf](http://www.ugr.es/~pwlac/G25_21_AlfonsoJ_Aparicio_Mena.pdf)>.

ARELLANO, Jesús Ángel

1997 «Crianza andina del cuy frente a los modelos de desarrollo». En: VAN KESSEL, Juan y Horacio LARRAÍN BARROS (eds.), *Manos sabias para criar la vida*. Quito: Ediciones Abya-Yala.

ARROYO, Sabino

2005 «La cultura andina es patrimonio y tradición viva». En: *Revista de Antropología*, N° 3, UNMSM. Fecha de consulta: 14/12/2010. <[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/revis-antrop/n3\\_2005/a12.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/revis-antrop/n3_2005/a12.pdf)>.

BARDÁLEZ DEL ÁGUILA, Carlos Alfonso

2002 *Sistematización de los modelos de gestión de recursos humanos desarrollados en redes básicas de servicios de salud*. Lima: OPS.

BETANCOURT, Joseph R.; Alexander GREEN, J. Emilio CARRILLO y Owusu ANANEH-FIREMPONG II

2003 «Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care». En: *Public Health Reports*, vol. 118, N° 4, julio-agosto, pp. 293-302.

BMA, ASOCIACIÓN MÉDICA BRITÁNICA

2005 «Core Professional Values». 9 de noviembre, BMA. Fecha de consulta: 15/2/2011. <[http://www.bma.org.uk/healthcare\\_policy/professional\\_values/profval.jsp?page=3](http://www.bma.org.uk/healthcare_policy/professional_values/profval.jsp?page=3)>.

CARRASCO, C. Víctor; Elías LOZANO S. y Edgard VELÁSQUEZ P.

2008 «Análisis actual y prospectivo de la oferta y demanda de médicos en el Perú 2005-2011». En: *Acta Médica Peruana*, vol. 25, N° 1.

CULQUI, Dante; Simy REÁTEGUI; Omar V. TRUJILLO; Carol ZAVALETA; Neptalí CUEVA y Luis A. SUÁREZ-OGNIO

2008 «El chacho (alcanzo, hapiruzqa), síndrome cultural andino: características y tratamiento tradicional en Ayacucho, Perú». En: *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, vol. 25, N° 1, enero-marzo, pp. 59-65.

DANIELS, Karen y Leslie SWARTZ

- 2007 «Understanding Health Care Workers' Anxieties in a Diversifying World». En: *PLoS Med*, vol. 4, N° 11.

FONN, Sharon y Makhosazana XABA

- 2001 «Health Workers for Change: Developing the Initiative». En: *Health Policy and Planning*, N° 16, suplemento 1, pp. 13-18.
- 1996 *Health Workers for Change. Women's Health Project and World Health Organization*. Ginebra: WHO.

HAN, Gill Soo y John S. HUMPHREYS

- 2006 «Integration and Retention of International Medical Graduates in Rural Communities. A Typological Analysis». En: *Journal of Sociology. The Australian Sociological Association*, vol. 42, N° 2, pp. 189-207.

KAI, Joe; Jackie BEAVAN; Christina FAULL; Lynne DODSON; Paramjit GILL y Angela BEIGHTON

- 2007 «Professional Uncertainty and Disempowerment Responding to Ethnic Diversity in Health Care: A Qualitative Study». En: *PLoS Med*, vol. 4, N° 11.

KLEINMAN, Arthur

- 1988 *The Illness Narratives. Suffering Healing and the Human Condition*. Nueva York: Basic Books.

KLEINMAN, Arthur y Peter BENSON

- 2006a «Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It». En: *PLoS Med*, vol. 3, N° 10.
- 2006b «Mini-etnografía de seis pasos, basada en la revisión de los autores sobre la formulación cultural incluida en la cuarta edición del *Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales (DSM-IV)*, 1994». (Resumen, traducción y adaptación para fines docentes: Esperanza Reyes Solari y Carlos Vidal Layseca).
- 2004 «La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina». En: *Humanistas. Humanidades Médicas*, N° 2. Fecha de consulta: 14/3/2011. <<http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono2/Articulos/articulo2.pdf>>.

KUMAGAI, Arno y Mónica LYPSON

- 2009 «Beyond Cultural Competence: Critical Consciousness, Social Justice, and Multicultural Education». En: *Academic Medicine*, vol. 84, N° 6, pp. 782-787.

KUMAS-TAN, Zofia; Brenda MEGAN; Charlotte LOPPIE; Anna MACLEOD y Frank BLYE

- 2007 «Measures of Cultural Competence: Examining Hidden Assumptions». En: *Academic Medicine*, vol. 82, N° 6, pp. 548-557.

LIENDO, Óscar

1997-1998 «El altar mayor del Qoricancha y la medicina tradicional andina». En: *SITUA*, año VI, N° 11. Fecha de consulta: 4/3/2011. <[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/1995\\_n6/el\\_altar.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/1995_n6/el_altar.htm)>.

MINSA, MINISTERIO DE SALUD

2011 «Ministro Ugarte anuncia aprobación del Programa Prosalud». 12 de febrero. Lima: Minsa. Fecha de consulta: 15/3/2011. <[www.minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe)>.

2009 «Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015». Documento técnico. Lima: Minsa. Fecha de consulta: 14/1/2010. <[http://www.minsa.gob.pe/servicios/serums/2009/normas/1\\_penrmm.pdf](http://www.minsa.gob.pe/servicios/serums/2009/normas/1_penrmm.pdf)>.

2006 «Reglamento para el funcionamiento de los Comités de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal». Resolución Ministerial N° 453-2006/MINSA. Lima: Minsa. Fecha de consulta: 14/1/2010. <[http://www.minsa.gob.pe/portada/esnssr\\_normatividad.asp](http://www.minsa.gob.pe/portada/esnssr_normatividad.asp)>.

MOTTA, F. y A. FRISANCHO

1992 «La experiencia SERUMS y la formación profesional». En: *Revista Peruana de Epidemiología*, vol. 5, N° 2, noviembre, pp. 24-28.

PITTMAN, Patricia; Graciela BLATT y Patricia RODRÍGUEZ

2001 «An Assessment of the Impact of Health Workers for Change in Avellaneda, Province of Buenos Aires, Argentina». En: *Health Policy and Planning*, N° 16, suplemento 1, Oxford University Press, pp. 40-46.

PRICE, Eboni G.; Mary Catherine BEACH; Tiffany L. GARY; Karen A. ROBINSON; Aysegul GOZU; Ana PALACIO; Carole SMARTH; Mollie JENCKES; Carolyn FEUERSTEIN; Eric B. BASS; Neil R. POWE y Lisa A. COOPER

2005 «A Systematic Review of the Methodological Rigor of Studies Evaluating Cultural Competence Training of Health Professionals. Research Report». En: *Academic Medicine*, vol. 80, N° 6, pp. 578-586.

REIMER, Sheryl

2003 «The Politics of Belonging and Intercultural Health Care». En: *Western Journal of Nursing Research*, vol. 25, N° 7, pp. 762-780.

REYES, Esperanza

2007 *En nombre del Estado. Servidores públicos en una microrred de salud en la costa rural del Perú*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia-Programa de Salud Global / IEP.

REYES, Esperanza y Néstor VALDIVIA

2010 «Avanzando en la comprensión de las inequidades étnico/raciales en salud. ¿Existen prácticas de discriminación hacia la población indígena en los servicios del Estado?». Informe preliminar. Lima: Grade / UPCH. Fecha de consulta: 8/3/2010. <<http://www.aes.org.pe/etnicidad/pdf/Avanzando1.pdf>>.

TAIPE CAMPOS, Néstor G.

2005 «La sustitución en los ritos de sacrificio». En: *Gazeta Antropológica*, N° 21, artículo 6. Fecha de consulta: 6/2/2011. <<http://hdl.handle.net/10481/7179>>.

TAYLOR, Michael B.

1997 «Compassion: Its Neglect and Importance». En: *British Journal of General Practice*. Discussion Papers, N° 47, agosto, pp. 521-523. Fecha de consulta: 7/12/2010. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1313086/pdf/9302796.pdf>>.

TERVALON, Melanie y Jann MURRAY-GARCÍA

1998 «Cultural Humility Versus Cultural Competence: A Critical Distinction in Defining Physician Training Outcomes in Multicultural Education». En: *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, vol. 9, N° 2, mayo, pp. 117-125.

WONG, A. Paulo

2009 «Los nuevos mártires de la medicina en el Perú». En: *Anales de la Facultad de Medicina*, vol. 70, N° 2, pp. 151-152.