



Serums:  
Recomendaciones basadas en la experiencia

# Serums

Recomendaciones basadas  
en la experiencia

Christian R. Mejia | Fiorella Inga Berrospi  
(Coordinadores)

MEJIA ALVAREZ, Christian Richard

Serums: Recomendaciones basadas en la experiencia / Christian R. Mejia y Fiorella Inga Berrospi (Coord.). -- Huancayo : Universidad Continental. Fondo Editorial, 2020.

ISBN electrónico 978-612-4443-20-6

1. Medicina Humana 2. Servicios de salud para la comunidad 3. Práctica profesional 4. Perú

610.69 (SCDD)

Datos de catalogación de la Universidad Continental

Es una publicación de Universidad Continental

*Serums: Recomendaciones basadas en la experiencia*

Christian R. Mejia, Fiorella Inga Berrospi (Coord.)

Primera edición digital

Huancayo, marzo 2020

Disponible a texto completo en: <https://repositorio.continental.edu.pe/>

© De los autores

© Universidad Continental, Fondo Editorial

Av. San Carlos 1980, Huancayo, Perú

Teléfono: (51 64) 481-430 anexo 7863

Correo electrónico: [fondoeditorial@continental.edu.pe](mailto:fondoeditorial@continental.edu.pe)

[www.universidad.continental.edu.pe](http://www.universidad.continental.edu.pe)

ISBN electrónico 978-612-4443-20-6

Cuidado de edición: Jullisa del Pilar Falla Aguirre

Diseño de cubierta y diagramación: Yesenia Mandujano Gonzales

El contenido de esta obra es responsabilidad exclusiva de sus autores. No refleja la opinión de la Universidad Continental.



*Serums: Recomendaciones basadas en la experiencia* se publica bajo la licencia de Creative Commons Atribución-NoComercial-Sin-Derivadas 2.5 Perú. Compartir bajo la misma licencia. Se autoriza su reproducción, siempre que se cite la fuente y sin ánimo de lucro.

# Índice

Siglas y acrónimos	13
Presentación	15
Prólogo	17
Introducción	
<i>Christian R. Mejia, Fiorella Inga Berrospi</i>	21
<b>Capítulo 1. La experiencia Serums</b>	
<i>Fiorella Inga Berrospi</i>	23
1.1. Normativa legal	24
1.2. Sobre el Serums: Objetivo, características y funciones	27
1.3. Inscripción al Serums	28
1.4. Iniciando el Serums	37
1.5. Durante el Serums	40
1.6. Normativa legal que ampara la resolución de conflictos	44
<b>Capítulo 2. Atención primaria orientada a la comunidad</b>	45
<i>Pavel Jaime Contreras Carmona</i>	
2.1. Definición	46
2.2. Historia y evidencias	47
2.3. Efectividad de la Apoc	49
2.4. Metodología	50
2.5. Evaluación de los resultados	55
2.6. Reevaluación y retroalimentación del plan	55
Bibliografía	56

<b>Capítulo 3. Intervenciones sanitarias y programas en el marco de la promoción y prevención de la salud</b>	
<i>Pavel Jaime Contreras Carmona</i>	59
3.1. Recomendaciones	60
<b>Capítulo 4. La ficha familiar</b>	
<i>Pavel Jaime Contreras Carmona</i>	63
4.1. Ficha familiar	65
4.2. Caso familiar	65
4.3. Partes de la ficha familiar	66
4.4. Observaciones	76
Bibliografía	79
<b>Capítulo 5. Oportunidades de proyección social en el Serums</b>	
<i>Tatiana Requena Pastorelli</i>	81
5.1. Modelos de oportunidad de proyección social en el Serums	82
5.2. Primera experiencia de proyección social	83
5.3. Segunda experiencia de proyección social	83
5.4. Tercera experiencia de proyección social	84
Bibliografía	84
<b>Capítulo 6. Problemas y consultas legales comunes</b>	
<i>David Willy Ruiz Vela</i>	87
6.1. Necropsia	87
6.2. Reconocimiento médico	108
6.3. Certificado de nacimiento	110
6.4. Certificado de defunción	111
6.5. Descansos médicos	113

<b>Capítulo 7. Finalización del Serums</b>	
<i>Fiorella Inga Berrospi</i>	117
7.1. Del término del servicio en el establecimiento de salud	117
7.2. Del informe Serums para la obtención de la resolución ministerial de término de Serums	118
7.3. Certificación	119
7.4. De las bonificaciones de puntaje	120
<b>Capítulo 8. Propuestas de mejora para el Serums</b>	121
<i>Christian R. Mejia</i>	121
8.1. Proceso de convocatoria	121
8.2. Inicio/inducción del Serums	122
8.3. Para los temas de conflictos durante la realización del Serums	124
8.4. Investigación durante el Serums	125
8.5. Involucramiento y apoyo a la educación local	127
8.6. Eficiencia y sostenibilidad del Serums	128
<b>Capítulo 9. Publicaciones científicas en el contexto del Serums</b>	
<i>Christian R. Mejia</i>	131
9.1. Deficiente cobertura de aseguramiento a médicos durante el Servicio Rural y Urbano-Marginal en Perú (2013)	131
9.2. SERUMS y la migración de médicos: A propósito de una cohorte de médicos de Lima (2015)	133
9.3. Altitud geográfica de residencia y dependencia alcohólica en pobladores peruanos (2015)	133
9.4. Problemas laborales en plazas del Servicio Rural Urbano-Marginal en Salud (Serums): auto-reporte de los médicos (2016)	135
Referencias	137
<b>Sobre los autores</b>	140

## Índice de figuras

<b>Figura 1.1.</b> Captura de pantalla del proceso de inscripción Serums 2018-I	30
<b>Figura 1.2.</b> Captura de pantalla del proceso de inscripción Serums 2013-II	31
<b>Figura 2.1.</b> Estructura de la Apoc	46
<b>Figura 2.2.</b> Características para diseñar intervenciones en la comunidad	47
<b>Figura 2.3.</b> Esquema de intervención comunitaria	49
<b>Figura. 2.4.</b> Esquema de atención multidisciplinaria	50
<b>Figura 2.5.</b> Etapas de la metodología Apoc	51
<b>Figura 2.6.</b> Problemática de la comunidad	54
<b>Figura 4.1.</b> Esquema sanitario	63
<b>Figura 4.2.</b> Ecomapa	70
<b>Figura 4.3.</b> Familiograma	71
<b>Figura 9.1.</b> Porcentaje de médicos que realizan el Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud con afiliación al seguro social de Salud	131
<b>Figura 9.2.</b> Tabla de resultados de intención de trabajo después de la realización del Serums	132
<b>Figura 9.3.</b> Tabla de factores asociados al alcoholismo	133
<b>Figura 9.4.</b> Mapa nacional de regiones del Servicio Rural Urbano-Marginal en Salud (SERUMS) donde se han reportado problemas laborales, 2015	134
<b>Figura 9.5.</b> Cuadro representativo de factores laborales asociados al cambio de trabajo	136

*A todos aquellos profesionales que año a año parten a realizar su Serums; sobre todo, se lo dedicamos a aquellos profesionales que perdieron la vida en pleno ejercicio de su servicio rural; es por y para ellos que decidimos aportar con un granito de arena al conocimiento de la temática.*

## **Siglas y acrónimos**

APOC	Atención Primaria Orientada a la Comunidad
APS	Atención Primaria de la Salud
CLAS	Comités Locales de Administración de Salud
CRED	Control de Crecimiento y Desarrollo
Diresa	Dirección Regional de Salud
DISA	Dirección de Salud
DNI	Documento Nacional de Identidad
ENAM	Examen Nacional de Facultades de Medicina
EsSalud	Seguro Social de Salud del Perú
FF. AA.	Fuerzas Armadas
FRI	Formato de Registro de Inscripción
Geresa	Gerencia Regional de Salud
MAISBFC	Modelo de Atención Integral en Salud Basado en Familia y Comunidad
Minsa	Ministerio de Salud
MOF	Manual de Organizaciones y Funciones
PPP	Promedio Promocional Ponderado
PNP	Policía Nacional del Perú
ROF	Reglamento de Organización y Funciones
Serums	Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud
Secigra	Servicio Civil de Graduandos

## Presentación

Desde el inicio del Secigra (Servicio Civil de Graduandos), el cual me tocó realizar, y el actual Serums, los graduados en el área de salud tienen un corto tiempo para enfrentar una nueva situación con responsabilidades antes nunca recibidas.

Ya como titulados tienen que tomar una serie de decisiones que abarcan más allá de las propias situaciones de salud de las personas. Su necesaria integración a la comunidad, muchas veces con hábitos y costumbres tan diferentes en las que uno creció, obligan no solo a haber alcanzado una madurez y equilibrio sino también un conocimiento del marco en el cual se toman estas decisiones.

Por eso este libro busca dar la información y experiencia, que serán muy útiles para enfrentar este nuevo reto, y lo que en un inicio genera temor y ansiedad, y preocupación pueda convertirse en una experiencia muy valiosa tanto personal como grupal.

La obra se convierte así en algo más que una guía, al aportarnos un pequeño grupo de experiencias mezcladas con información importante de la labor que debemos ejercer como profesionales de la salud.

La Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Continental se complace en formar parte de esta iniciativa que permite que el profesional de la salud recién egresado tenga una herramienta muy valiosa para esta nueva e importante labor a realizar.

JOSÉ A. JORDÁN M.  
DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD CONTINENTAL

## Prólogo

Hace menos de 40 años se inició el Servicio Rural y Urbano-Marginal en Salud (Serums) sobre la base del Secigra, con el objetivo de brindar atención integral a poblaciones que veían comprometido su derecho a la salud, por no contar con profesionales de la salud requeridos. En esa línea, se estableció el Serums como un requisito para laborar en el sector público y acceder a programas de segunda especialidad.

Luego de varios años, y no pocos ajustes en el diseño del programa, el Serums se encuentra con la responsabilidad de haberse constituido en la principal estrategia de cobertura en el ámbito rural. En gran medida, este programa muestra también las limitaciones de nuestro sistema de salud para construir e implementar estrategias que comprometan a todo el sistema de salud, y no solo a los jóvenes egresados.

Hoy, como ayer, son preocupantes las condiciones en que los profesionales de la salud, y los médicos en particular, desarrollan esta primera experiencia laboral. Más aún, ellos trabajan en espacios en los que la mayoría de ellos no se han formado, y para los cuales temas como APOC, ficha familiar o CRED no han sido parte sustancial de su formación. Requerimos asumir la responsabilidad de esta situación, y creo que, en gran medida, los procesos actuales de reforma en nuestras universidades aportan a resolver este desfase.

En ese sentido, este libro, escrito por médicos jóvenes, recopila información administrativa, brinda a la vez importantes pautas para una mejor atención, revisa conceptos básicos sobre atención primaria, intervenciones sanitarias y estrategias, así como, oportunidades de proyección e investigación. Decidirse a dedicar jornadas de trabajo, iden-

tificando las necesidades y aportando a solucionarlas, son motivo de congratulación a los autores, habiéndoles permitido generar una obra inédita en el país.

Estoy seguro de que el lector, especialmente aquel médico que está presto a brindar su servicio, encontrará importante y pertinente la información volcada en estas páginas. De ellas fluye a la vez una invitación a todos nosotros, a escribir, a publicar y a compartir nuestras experiencias, permitiendo que los jóvenes profesionales tengan una mejor experiencia en su Serums, pero, sobre todo, a aportar a una mejor atención, especialmente a aquellas poblaciones vulnerables, fin último de quienes hemos estudiado medicina y nos sentimos comprometidos con el ideal de un país saludable.

DR. MANUEL NÚÑEZ VERGARA  
EXJEFE DEL PROGRAMA SERUMS

*Donde quiera que el arte de la medicina es amado,  
también hay un amor a la humanidad*

HIPÓCRATES

## Introducción

*Christian R. Mejia*  
*Fiorella Inga Berrospi*

La necesidad de mantener informados a los próximos médicos serumistas, debido a lo complejo que resulta para los recién egresados enfrentar su primer año de ejercicio profesional, fue el principal impulso para desarrollar el presente libro.

Ambos coordinadores hemos tenido la oportunidad, desde diferentes espacios dentro de las instituciones médicas, de asumir distintas responsabilidades en torno al tema Serums; así desde el año 2011, Christian R. Mejia prestó apoyo al proceso de colegiaturas, donde además de orientar a los jóvenes médicos, optó por brindar orientación también al proceso del «antes, durante y después» del Serums. Años más tarde (2013), Fiorella Inga asume la Delegatura Nacional del Serums, representando así a más de 2000 médicos serumistas a nivel nacional y desde allí conformó una organización autónoma a través de coordinadores regionales y macrorregionales, gracias a ellos se recogería la problemática Serums a todo nivel. Es así que tres años más tarde, y gracias al trabajo colaborativo en distintos ámbitos de investigación y educación médica, por parte de ambos coordinadores, se gestó la idea de plasmar todas las vivencias, experiencias e información técnica recogida a través de este tiempo en un documento que sirviera de soporte a los médicos jóvenes próximos a realizar el Serums.

Asimismo, la necesidad de contar con la opinión de expertos en temas sobre medicina legal y atención primaria en salud nos llevaron a invitar a colaborar con el presente documento a otros médicos especialistas en medicina legal y medicina familiar; complementando dicha información con las vivencias de médicos que en su momento realizaron el Serums.

Somos conscientes de las dificultades que enfrenta en la actualidad el médico recién egresado en el Perú, las pobres condiciones laborales, los riesgos y la poca valorización a su trabajo; sin embargo, consideramos necesario brindarle las herramientas para hacer frente a este programa, comenzando por información técnica y vivencial.

Esperamos que esta contribución pueda servir a muchos profesionales de la salud, que hacen lo mejor posible para desempeñarse en la misión encomendada. A ellos les recomendamos dar su mejor esfuerzo, aun cuando, a veces no reciba el apoyo necesario o su labor no sea retribuida. Esto debido a que la mayor satisfacción se la darán los pacientes y la comunidad a la que servirán.

Estamos seguros de la vocación y del compromiso de todos aquellos que deciden enrumbarse en esta noble misión de servir a la población de las comunidades más alejadas y pobres de nuestro país, reafirmando así el profundo sentido de servicio.

Agradecemos a los médicos que han contribuido con el desarrollo de capítulos o temas específicos, así como a los médicos que, a través de su experiencia, durante el desarrollo del programa Serums, han contribuido a través de testimonios y experiencias en esta presente edición.

# Capítulo I

## La experiencia Serums

*Fiorella Inga Berrospi*

El Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (Serums), aprobado el 10 de diciembre de 1981 por la Ley N.º 23330, es un programa de servicio a la comunidad realizado por profesionales titulados y colegiados de ciencias de la salud (médicos cirujanos, odontólogos, enfermeras, obstetras, químico-farmacéuticos, psicólogos y médicos veterinarios), que «tiene por finalidad contribuir y asegurar la atención de salud en beneficio de la población de bajos recursos económicos de las zonas rurales, urbano-marginales y vulnerables del país; es, asimismo, un programa orientado a desarrollar actividades preventivo-promocionales en establecimientos de salud del sector o equivalente en otras instituciones, como acción complementaria para el cumplimiento de los planes de desarrollo y sectoriales de salud».

Los médicos serumistas representan la primera respuesta que nuestro sistema sanitario tiene para hacer frente a los problemas de salud de los peruanos, allí en las zonas más vulnerables y empobrecidas del país donde los médicos laboran; en ese sentido, representan al Estado en estos lugares. Asimismo, en esta etapa del ejercicio profesional, los galenos deben ahondar en la función humanista de la medicina, estar en contacto con la población del interior del país, conocer su realidad, sus costumbres, su forma de pensar para adquirir una visión del país que difícilmente podrían conseguirla trabajando solo en las grandes ciudades. Con ello —como ya se afirmó— se convierten en el primer contacto del sistema de salud en las poblaciones que más lo necesitan.

La actividad del profesional de la salud durante el Serums le genera un proceso gratificante, el cual está lleno de experiencias y anécdotas, así

como de retos constantes y problemas de toda índole. Estas experiencias y las problemáticas más frecuentes deben quedar registradas para que sirvan de aporte al conocimiento de nuestro(a) colega que iniciará el Serums; esto a modo de guía, con el objetivo de que logre un mejor desempeño durante su servicio. Pues, para muchos médicos que han realizado su Serums, el solo hecho de haber contado con algún tipo de información hubiese sido aleccionador para minimizar errores, pero, sobre todo, para desempeñarse con mayor seguridad en su labor diaria y proyectar un mejor trato en la comunidad donde fueron designados a prestar las funciones respectivas.

En ese contexto, resulta necesario recoger toda la información sobre diversos aspectos básicos, pero relevantes, que el médico serumista debe conocer durante el tiempo que realice el Serums, la cual desde hace algunos años ha sido documentada en guías, manuales y publicaciones científicas, con el propósito de mejorar el desempeño de los profesionales serumistas durante su primer año de ejercicio profesional.

### **1.1. Normativa legal**

El desarrollo del ejercicio profesional durante el desempeño del Programa Serums requiere del conocimiento de la normativa que ampara al Programa, así como de las diferentes modificatorias relacionadas; por ello, a continuación presentamos un listado de las principales leyes, decretos y resoluciones que servirán de amparo legal ante cualquier duda y/o conflicto a resolver.

#### **a) Leyes**

- Ley N.º 27657 - Ley del Ministerio de Salud
- Ley N.º 23330 - Ley del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud
- Ley N.º 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General
- Ley N.º 29783 - Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo

- Ley N.º 27815. Ley del Código de Ética de la Función Pública
- Ley N.º 27604 u Obligación de los EESS a prestar atención médica en casos de emergencia o parto
- Ley N.º 2644 o Goce de derecho de descanso prenatal y postnatal de la trabajadora gestante
- Ley N.º 30367 o Ley que protege a la madre trabajadora contra el despido arbitrario y prolonga su periodo de descanso

#### b) Decretos

- Decreto Legislativo N.º 276 - Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público.
- Decreto Legislativo N.º 1153, que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado y sus normas complementarias.
- Decreto Supremo N.º 013-02-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N.º 005-97-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N.º 23330, Ley del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud - SERUMS
- Decreto Legislativo N.º 559, que promulga la Ley del Trabajo Médico.
- Decreto Supremo N.º 024-2001-SA.
- Decreto Supremo N.º 007-2008-SA, que aprueba modificaciones al Reglamento de la Ley N.º 23330, Ley del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud - SERUMS.
- Decreto Supremo N.º 005-2011-TR que reglamenta la Ley N.º 26644, Ley que precisa el goce del derecho de descanso prenatal y postnatal de la trabajadora gestante
- Decreto Supremo N.º 016-2002-SA, que reglamenta la Ley N.º 27604 que modifica la Ley General de Salud Atención Emergencias

**c) Resoluciones ministeriales**

- Resolución Ministerial N.º 088-2009/MINSA, que modifica el Reglamento de la Ley N.º 23330, Ley del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud - SERUMS, aprobado por D. S. N.º 005-97-SA, modificado por D. S. N.º 007-2008-SA.
- Resolución Ministerial N.º 307-2010/MINSA, que considera bonificación a los profesionales médicos cirujanos que hubieren realizado el Serums antes del Decreto Supremo N.º 007-2008-SA en instituciones de salud estatales y privadas inscritas en el Registro Nacional de Establecimientos de Salud (Renaes), con el registro vigente, acreditadas por la autoridad competente y que postulen al programa de Residentado de Medicina Humana
- Resolución Ministerial N.º 546-2011/MINSA, que aprueba las Categorías de los Establecimientos del Sector Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N.º 710-2012/MINSA, que aprueba disposiciones para que profesionales en ciencias de la salud peruanos o no peruanos graduados o titulados en el extranjero puedan inscribirse como postulantes en cualquier sede de adjudicación del país.
- Resolución Ministerial N.º 016-2014/MINSA dispone de manera excepcional «Guía Básica para el desarrollo del SERUMS, 2014» con carácter temporal la contratación de diversos profesionales de la salud en la exigencia de requisito del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud.
- Resolución Ministerial N.º 544-2014 Listado de Establecimientos de Salud Ubicados en Zonas Alejadas o de Frontera.
- Resolución Ministerial N.º 192-2008-MINSA o Escala de Multas para Médicos Cirujanos, Cirujanos Dentistas, Obstetrices que no Consignen el DCI de Medicamentos en la Receta Médica.
- Resolución Ministerial N.º 047-2018/MINSA. Incorporación del artículo 39-A sobre Licencias y permisos, y su reconocimiento

como días efectivos de servicio en el SERUMS y la Incorporación de la Octava Disposición Final en el Reglamento de la Ley N.º 23330 sobre el goce de un seguro contra accidentes personales.

## **1.2. Sobre el Serums: Objetivo, características y funciones**

Tal como lo establece el Reglamento de la Ley N.º 23330, Ley del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud, en sus artículos 1 y 2

El SERUMS es un Programa de Servicio a la Comunidad efectuado por los profesionales de la salud que hayan obtenido su título de acuerdo a lo establecido en la Ley N.º 23330, cuya finalidad es contribuir y asegurar la atención de salud en beneficio de la población de bajos recursos económicos de las zonas rurales y urbano marginales del país, orientado a desarrollar actividades preventivo-promocionales en establecimientos de salud del sector o equivalentes en otras instituciones, como acción complementaria para el cumplimiento de los planes de desarrollo y sectoriales de salud.

### *1.2.1. Objetivo*

El Reglamento de la Ley N.º 23330, en su artículo 3, dice «El SERUMS tiene por objetivo brindar atención integral de la salud a las poblaciones más vulnerables del país, las que serán seleccionadas por el Ministerio de Salud; es realizado por profesionales de la salud en los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención del sector».

### *1.2.2. Características*

El Reglamento de la Ley N.º 23330 en los artículos 5 y 6 expresa que

El Serums es requisito indispensable para:

- a) Ingresar a laborar en los establecimientos del Sector Público en la condición de nombrados, contratados o por servicios no personales;
- b) ingresar a los programas de Segunda Especialización a nivel nacional; y,
- c) recibir del Estado becas u otras ayudas equivalentes para estudios de perfeccionamiento en el país o en el extranjero.

El Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS) será realizado por los siguientes profesionales de la salud: Médicos-cirujanos, odontólogos, enfermeras, obstetricas, químico-farmacéuticos, nutricionistas, tecnólogos médicos, asistentes sociales, biólogos, psicólogos, médicos veterinarios e ingenieros sanitarios.

### *1.2.3. Funciones a desarrollar*

En el artículo 7 del Reglamento de la Ley N.º 23330, se mencionan las funciones del profesional serumista.

Los profesionales deben desarrollar las funciones que les sean asignadas por la autoridad competente del establecimiento o dependencia de salud, donde vienen realizando el SERUMS, ya sea como apoyo a los servicios regulares de salud o a las funciones administrativas que le hubieren encomendado para el mejoramiento de la calidad de atención.

Asimismo, deberán desarrollar las siguientes actividades:

- a) Preventivo-promocionales en la comunidad;
- b) Asistenciales, recuperativas o administrativas;
- c) Educación para la salud;
- d) Capacitación continua y permanente;
- e) Investigación en servicio;
- f) Elaboración de un plan integral de salud local.

## **1.3. Inscripción al Serums**

La siguiente información tiene como fuente la página web del Ministerio de Salud (<http://www.minsa.gob.pe/dggdrh/comunicate/index.html>), la cual recomendamos visitar de forma permanente antes del inicio del programa Serums, ya que es el medio oficial del Ministerio de Salud (en adelante Minsa) para comunicar todo lo correspondiente a la convocatoria, cronogramas y oferta de plazas. La inscripción al Serums es un proceso que consta de las siguientes etapas:

- Inscripción general por Internet,

- publicación de la lista preliminar de aptos y observados,
- subsanación de observaciones, y
- publicación de la lista final de aptos.

### *1.3.1. La oferta de plazas*

Las diversas instituciones del sector salud (Disa, Diresa, EsSalud, PNP y FF. AA.) programan las plazas y se las envían al Comité Central del Serums. Posterior a ello, el cuadro de oferta de plazas es aprobado por el Comité Central y se publica en la página web del Ministerio de Salud.

Es de importancia que usted, como próximo profesional Serums, conozca de manera oportuna el otorgamiento de las plazas y la forma de adjudicación. Se recomienda que en este paso se busque información de diversas fuentes; la más fidedigna, por lo general, es la experiencia que brindan los profesionales que han realizado recientemente el Serums; sobre todo la de aquellos que han culminado o están haciendo el Serums en la zona a la cual se pretende postular (ya que ellos tendrán un mejor conocimiento de lo bueno y de lo malo de todo lo que rodea al Serums). Otra fuente de información puede ser la que se encuentra en la web, pero se debe tomar esta información con precaución, ya que algunas fuentes pueden ser no oficiales. Una tercera fuente podría ser la que el propio interesado realice en una visita presencial, es decir, que viaje a la zona/región a la que pretende postular, con el cuidado respectivo para evitar impases en dicha visita. Se recomienda que dicho viaje se realice en grupo y previamente se planifiquen los detalles de la visita.

### *1.3.2. La convocatoria*

El cronograma del proceso es elaborado y aprobado por el Comité Central del Serums y enviado al Minsa para que realice la difusión correspondiente. El cronograma establece la fecha de inscripción y de adjudicación de plazas y es publicado en la página web del Minsa-Serums.

### 1.3.3. Inscripción

Las inscripciones al Serums se realizan exclusivamente vía Internet, en la página web del Minsa (Figuras 1 y 2) durante las fechas estipuladas en el cronograma. Todo esto se muestra en la ventana de la página web del Ministerio de Salud-Comúcate SERUMS, que guiará el proceso de inscripción.

Recordar:

Según la RM N.º 710-2012/MINSA:

Los profesionales de la salud titulados en el Perú se inscribirán en la región sede de la universidad donde obtuvieron su título profesional. Los profesionales de la salud titulados en el extranjero podrán inscribirse como postulantes en el Concurso de Méritos o Sorteo Público del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud-SERUMS en cualquier Sede de adjudicación del país, independientemente del lugar de revalidación o reconocimiento del título profesional.

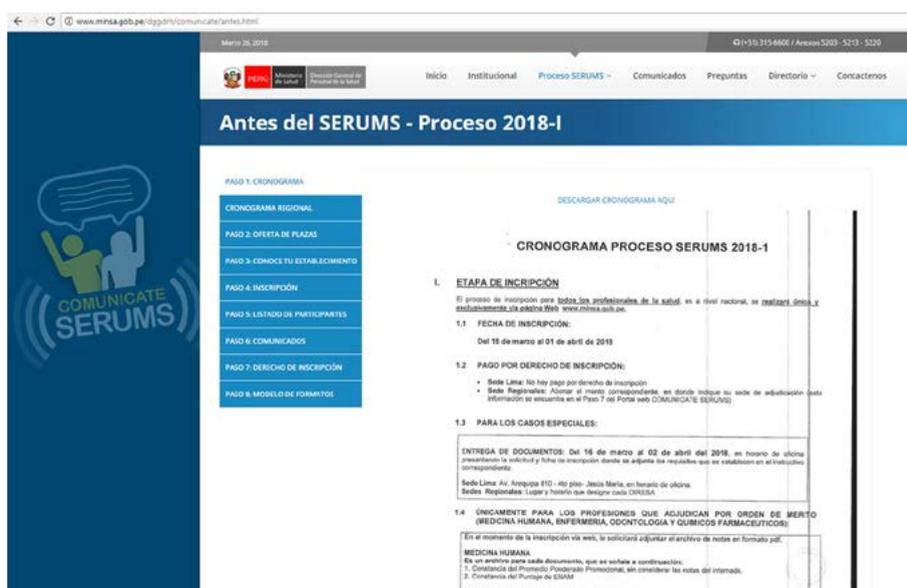


Figura 1.1. Captura de pantalla del proceso de inscripción Serums 2018-I.  
Fuente: Página web del Minsa



Figura 1.2. Captura de pantalla del proceso de inscripción Serums 2013-II.  
Fuente: Página web del Minsa

#### 1.3.4. Requisitos para la inscripción

Los postulantes de Medicina Humana deberán presentar de forma obligatoria los siguientes documentos:

- «Original, copia legalizada o autenticada por fedatario de la Constancia del Promedio Ponderado Promocional (PPP), que no incluya la nota del internado.

- Original, copia legalizada o autenticada por fedatario del puntaje de ENAM (solo para profesionales de Medicina Humana)
- Formato de Registro de Inscripción (FRI)».

«Los postulantes llenarán correctamente el Formato de Registro de Inscripción - FRI en la página web del Ministerio de Salud ([www.min-sa.gob.pe](http://www.min-sa.gob.pe)) que equivale a una Declaración Jurada Simple (Art. IV numeral 1.7 del Título Preliminar de la Ley N.º 27444). Una vez enviados los datos al sistema es obligatorio IMPRIMIR el formato para obtener la ficha que indica «Declaración Jurada de impresión obligatoria», que equivale a la constancia de su inscripción en el proceso.

El postulante deberá verificar su inscripción en este proceso. En la impresión del FRI (Declaración Jurada de Impresión Obligatoria) debe figurar como INSCRITO en el campo: Estado Actual de su inscripción (en caso contrario presentarán problemas en la postulación)».

### *1.3.5. Para tener en cuenta*

- No pueden postular al Serums remunerado los que tengan algún vínculo laboral con el Estado.
- No hay pago de inscripción en Lima, pero sí en algunas regiones.
- Para el caso de los egresados de medicina, el cuadro de mérito se confeccionará en base al ENAM (Examen Nacional de Facultades de Medicina) en un 70 % y el PPP (Promedio Promocional Ponderado), 30 %.

### *1.3.6 Casos especiales*

(Solo para Serums remunerado.) Se considera como «casos especiales» los siguientes:

- Gestantes,
- madres con niños menores de 1 año (al inicio del Serums) y
- discapacitados.

Los casos especiales deben ampliar la información correspondiente en el instructivo Serums e informarlo de manera oportuna a la Disa/ Diresa de la localidad a postular.

### *1.3.7. Elección de sedes*

#### 1.3.7.1. ADJUDICACIÓN

Inicialmente se publicará la lista de orden de mérito de los inscritos por región, así como la lista de plazas en cada Diresa, para ello es importante visitar de forma permanente la web COMUNICATE SERUMS del Ministerio de Salud.

Las sedes de adjudicación se publicarán en la página web COMUNICATE SERUMS, pero en algunas sedes también se dará a conocer en la oficina encargada del Serums, por lo que se debe tener en cuenta estas dos formas de comunicación (sobre todo por si hubiera cambios de última hora, que es muy poco frecuente que ocurra). Generalmente, las sedes son auditorios en instituciones elegidas por el Ministerio de Salud.

Los postulantes clasificados como Aptos para ingresar a la Sede de Adjudicación deben llevar lo siguiente:

- Documento Nacional de Identidad (DNI): VIGENTE.
- Carné del Colegiado o fotocopia del Diploma del Colegio profesional o Constancia de Habilitación Profesional.
- Ficha de Registro de Inscripción (FRI): IMPRESA.
- Comprobante de pago (no aplicable para la Sede Lima).

«Los profesionales de Medicina Humana y Enfermería según el orden de mérito elegirán en primer lugar la institución (MINSa, EsSalud, PNP y FF. AA. o Instituciones Privadas con convenio vigente) y luego el establecimiento de salud donde deseen realizar su SERUMS».

La adjudicación de plazas remuneradas se iniciará con los casos especiales y continuará con la adjudicación en general, es decir, de los demás postulantes de acuerdo con el orden de mérito de su región. Esto puede variar, ya que, en algunas oportunidades, se han dado casos en los

que se intercalaban las modalidades (primero se elegía un caso especial, luego a alguien por orden de mérito, después el segundo caso especial, así sucesivamente); esto también es algo poco frecuente.

Según lo estipulado en el Art. 51° del D. S. N.° 005-97-SA, Reglamento de la Ley N.° 23330, Ley del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud, en cuanto a:

- **Renuncias a la plaza.** Se puede hacer en el momento mismo de la elección o mediante una solicitud al Comité Central o Regional dentro de las 48 horas. Luego pueden participar de la adjudicación complementaria. Se debe tener cuidado con este punto, ya que, si la renuncia se efectúa pasadas las 48 horas, puede sufrir una sanción, que es la de no poder elegir una plaza por un periodo determinado (el periodo será determinado por una comisión que observa estos casos).
- **Permutas (cambio de establecimiento).** Se permiten hasta dentro de las 48 horas de la adjudicación, debiendo ser de la misma sede/ Diresa de adjudicación y de la misma institución (Minsa, EsSalud, etc) para efectos de la misma. En caso de que quedaran plazas remuneradas que no fueron adjudicadas en el proceso ordinario, el Comité Central SERUMS determinará la apertura de nuevos subprocesos de adjudicación, para los cuales ya no se consideran la prioridad de los casos especiales para la elección en estos procesos y se pasará a evaluación directa de los postulantes.
- **Omisos:** Se considerarán casos omisos, los siguientes:
  - «Profesionales que sin justificación alguna no recojan su Provéido dentro de los diez (10) días calendarios.
  - Que no inicien el Serums dentro de los siete (7) días después de entregado el Provéido y no lo justifiquen.
  - Que de manera injustificada y/o frecuentemente se ausenten del servicio, lo que se considerará abandono del servicio (acto por el que el profesional se ausenta durante más de tres (3) días conse-

cutivos o más de cinco (5) días acumulados en un periodo de 30 días, sin justificación ante la instancia correspondiente)».

### 1.3.7.2. CONTRATACIÓN

#### **Modalidades de contrato**

Según los artículos 8 y 9 del Reglamento de la Ley N.º 2330, la modalidad para el desarrollo del Serums será mediante contrato; en la actualidad hay 2 modalidades: Remunerado y Equivalente<sup>1</sup>.

Los profesionales que no alcancen a ocupar una plaza presupuestada, pueden realizar su servicio bajo la modalidad de «SERUMS EQUIVALENTE» (*ad honorem*). Esto se puede hacer en una entidad pública o no pública, previamente determinada por la autoridad competente, con el compromiso de la entidad donde se brinde el servicio de proporcionar alimentación y movilidad local, de acuerdo con su disponibilidad presupuestal.

#### **Para la contratación**

Una vez terminado el proceso de adjudicación de plazas, el Comité Central del SERUMS remitirá a cada institución el resultado de dicho proceso para que se efectúen los contratos correspondientes de manera oportuna.

Los postulantes que adjudicaron plaza deberán presentar a las GERESAS/ DIREAS/DISAS, donde adjudicaron dicha plaza, la siguiente documentación, pertinente y completa:

- Solicitud de contrato dirigida a la institución correspondiente.
- Copia del DNI ampliado al tamaño A-5, legible, legalizada o autenticada por fedatario.

---

1 La modalidad de Serums equivalente es el último paso del proceso de elección (considerando que el primer paso es la elección nacional, según lo explicado anteriormente, es de acuerdo a la inscripción por Diresa/departamento; el segundo es el regional, donde se eligen las plazas no adjudicadas en el proceso nacional y se hacen tres grandes bloques de elección: Norte, Centro y Sur), dependerá si aún existen ofertas de postulantes y plazas equivalentes que puedan ser adjudicados por ellos. Téngase en cuenta que estos tres pasos pueden sufrir modificaciones según la cantidad de postulantes y las plazas ofertadas. Esto siempre será comunicado a través de medios oficiales (página web y Diresas), por lo tanto, los postulantes deberán estar atentos a dichos comunicados.

- Proveído original, que es otorgado el mismo día de la elección de la plaza.
- Copia del Título Profesional, registrado en la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos del MINSA o quien haga sus veces en las Direcciones Regionales o Subregionales de Salud legalizada o autenticada por fedatario.
- Copia del Diploma de Colegiatura Profesional, legalizada o autenticada por fedatario.
- Declaración Jurada Simple de no haber realizado el SERUMS en la profesión a la que se está postulando.
- Declaración Jurada Simple de no estar laborando de forma asistencial o como docente en alguna institución pública.
- Copia de la Constancia de Habilitación Profesional vigente, legalizada o autenticada por fedatario.
- Certificado Médico de Salud Física con vigencia no mayor de tres (3) meses, en original, expedido por un Médico especialista en Medicina Interna (o quien haga sus veces) de un establecimiento de salud del MINSA, EsSalud o Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, de la Región en la cual adjudicó la plaza, teniendo en consideración los riesgos de la zona donde prestará el servicio (altitud, características geográficas, entre otros).
- Certificado Médico de Salud Mental, en original, refrendado por Médico Psiquiatra (o quien haga sus veces), expedido por un establecimiento de salud del MINSA, EsSalud o Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, de la Región en la cual adjudicó la plaza, con vigencia no mayor de tres (3) meses. En caso de que algunas Regiones no cuenten con el especialista para la expedición de dicho certificado, las DIRESAS designarán a la entidad pública responsable o profesional que emitirá dicho certificado.
- Certificado original de Antecedentes Penales.
- Certificado original de Antecedentes Policiales.
- Declaración Jurada de Asegurado y Derecho habientes.
- Copia legalizada o autenticada por fedatario del Registro Nacional de Especialista o su equivalente (para el caso de profesionales de la salud con especialidad).

- EsSalud, las instituciones privadas y las sanidades de las FF. AA. y/o PNP, se reservan la potestad de solicitar documentación adicional y realizar el estudio de seguridad respectivo a los profesionales de la salud que adjudicaron una plaza, de acuerdo con las normas de la institución. De no cumplir con las normas de seguridad antes mencionadas, el profesional no podrá realizar el SERUMS en dicha institución, debiendo esta informar a la DIRESA/DISA correspondiente para las acciones que el caso amerite, corriendo el riesgo de pérdida de la plaza asignada.

Las DIRESAS/DISAS/GERESAS sedes del SERUMS expedirán dos proveídos, uno para ser entregado al profesional y otro que se adjuntará al expediente de contrato. En caso de que no se presente la documentación solicitada dentro del plazo establecido en el cronograma, serán declarados

**Omisos<sup>2</sup>.**

#### **1.4. Iniciando el Serums**

Resulta necesario establecer las actividades que el profesional Serums debe realizar al iniciar los primeros días del programa, teniendo en consideración su calidad de nuevo integrante del equipo de salud y el liderazgo que debe ejercer dentro de su participación comunitaria.

Por lo que recomendamos:

- Acercamiento y coordinación con diferentes autoridades regionales, locales y municipales, estableciendo coordinaciones con diferentes sectores, a fin de sensibilizarlos en cuanto a las actividades prioritarias en salud, tanto preventivas promocionales como asistenciales. Esto le permitirá gestionar convenios, buscar financiamientos y vincular a la sociedad, distrito y/o comunidad con el Sistema de Salud.
- Convocar a una reunión para la correcta presentación del profesional Serumista a la población y a las autoridades locales para que lo tomen en cuenta en posteriores reuniones multidisciplinarias que incumban el tema de salud.

<sup>2</sup> Generalmente el «fedateo» se hace en la misma Diresa. Preguntar acerca de los requisitos para realizarlo.

- Conocer los instrumentos básicos de gestión del establecimiento de salud, como son el ROF (Reglamento de Organización y Funciones), el MOF (Manual de Organizaciones y Funciones) y el POI (Plan Operativo Institucional).
- Solicitar un inventario de bienes, que debe ser firmado por el encargado del Patrimonio y/o Jefe del establecimiento de salud, a fin de no tener inconvenientes en dicho aspecto. Este servirá como base para cuando el profesional serumista deje el cargo, ya que los equipos a entregar deberán estar en óptimas condiciones (considerando el deterioro esperado por el paso del uso/tiempo).
- Coordinar con el jefe del establecimiento de salud la asignación de funciones y el rol/cronograma de turnos que señale las jornadas de trabajo, así como los días libres.

#### *1.4.1. Vivienda*

En muchos casos, al iniciar el Serums, el médico podrá obtener información acerca del establecimiento al cual le asignaron vía web o por referencias del serumista saliente o de otros profesionales de la salud que conozca. En algunos establecimientos se cuenta con vivienda, pero en otros, no. El médico puede optar por usar la vivienda del establecimiento de salud o por alquilar una habitación. No es una obligación quedarse en el establecimiento de salud; el profesional no puede ser forzado a hacerlo si es que no lo desea. De quedarse en el establecimiento de salud, deberá prever que este sea un lugar seguro y con las condiciones mínimas para que sirva como vivienda; asimismo, deberá también evaluar el hecho de que para algunas comunidades rurales es un gesto positivo que el personal de salud esté cerca del establecimiento de salud; sin embargo, algunas poblaciones también pueden mal entender esta situación, y pensar que, debido a que el profesional vive en el establecimiento de salud, debe estar a disposición día y noche para atenderlos. Se recomienda evaluar este aspecto antes de elegir vivir en el establecimiento de salud.

### *1.4.2. Derechos de atención en EsSalud*

El profesional Serums tiene derecho a la atención en EsSalud, ya sea por consulta, emergencia u hospitalización. Para que pueda utilizar este seguro, se requieren tres meses de aportación, y su duración se extiende hasta tres meses después del término del contrato. Hay que tener en cuenta que la aportación depende exclusivamente del contratante, así que este es el responsable directo de hacer las aportaciones a EsSalud. Si estas aportaciones no se realizan, el serumista no tendrá acceso a la atención en dicha institución. Por ello se recomienda que esto sea vigilado, y se haga la consulta en la página web de EsSalud (<http://ww4.essalud.gob.pe:7777/acredita/>), para que pueda observar si la institución ha realizado los aportes en el mes, así como su estatus de asegurado.

### *1.4.3. Seguros contra muerte y accidente*

A raíz de la última modificación del Reglamento Serums, se incorpora en el Artículo 2 la Octava Disposición Final en el Reglamento de la Ley N.º 23330, Ley del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud-SERUMS, la cual estipula:

OCTAVA.- Los profesionales de la Salud del SERUMS que realizan el servicio en la modalidad remunerada y equivalente, gozarán obligatoriamente de un seguro contra accidentes personales, el cual contemplará, por lo menos, las siguientes coberturas:

- a) Muerte accidental.
- b) Invalidez permanente parcial por accidente.
- c) Invalidez permanente total por accidente.
- d) Gastos de curación que contemplan las atenciones médicas en caso de sufrir un accidente que incluya su hospitalización o atención ambulatoria.
- e) Gastos de sepelio.

Las entidades que adjudican plazas para el Serums en la modalidad remunerada y equivalente deberán contratar un seguro contra accidentes personales, y considerar la cobertura desde el momento en que el

profesional Serums inicie su servicio. La implementación del contrato del seguro contra accidentes se ejecutará de manera progresiva a partir de la vigencia de la presente disposición, conforme a los criterios que establezca el Ministerio de Salud; siendo obligatoria para la totalidad de plazas ofertadas a partir del proceso Serums 2019-I.

«La contratación del seguro contra accidentes personales señalado en el párrafo anterior se financia con cargo al presupuesto institucional de las entidades que adjudican plazas para el SERUMS».

## **1.5. Durante el Serums**

### ***1.5.1. Conflictos laborales***

El Serums es el primer trabajo de la gran mayoría de los profesionales de la salud que egresan cada año; es también la primera vez que muchos afrontan conflictos laborales, estos pueden darse con el propio personal de salud o con otras personas. Se tiene la experiencia acumulada de muchos años al servicio de los médicos Serums, quienes nos manifestaron sus problemas, y se les orientó y ayudó para que puedan resolverlos. A continuación, mostramos las categorías más frecuentes y la problemática específica que vivieron muchos serumistas.

#### **1.5.1.1. DIFICULTADES MÁS FRECUENTES EN EL DESARROLLO DEL SERUMS**

Los conflictos laborales más frecuentes que hemos detectado giran en torno a las siguientes categorías:

- Relaciones con personal administrativo/jefes.
- Relaciones interpersonales con compañeros de trabajo.
- Relaciones con la población y autoridades.
- Problemas con asignación de días libres.
- Problemas con las guardias comunitarias.

Esto no quiere decir que sean las únicas categorías; por ejemplo, otra categoría en la que hay muchos problemas es en el pago por gastos de instalación (un monto que se le debe dar al serumista para que pueda trasladarse e instalarse al inicio de su actividad laboral); pero muchas veces este pago se demora (incluso en algunos casos nunca se recibe). Sin embargo, esta problemática se presenta en mayor medida por una mala repartición del presupuesto al inicio del Serums, por lo que, en su gran mayoría se brinda este monto (y después de mucha insistencia por parte del profesional Serums). Así como este ejemplo, hay muchos otros casos menores, pero que tienen una solución más frecuente. Sin embargo, las categorías listadas anteriormente son problemas muy frecuentes y que pueden repercutir en el desempeño adecuado del profesional Serums.

#### 1.5.1.2. PROBLEMÁTICA ESPECÍFICA ENCONTRADA

A continuación, se listan una serie de problemas específicos que han sido detectados en múltiples años de acompañamiento a médicos que realizaron su Serums. Detrás de cada uno de ellos hay un caso complejo que no se detallará por motivos de espacio y reserva de identidades. Esta lista puede servir para que los profesionales sepan qué sucesos pueden ser considerados como problemas laborales frecuentes durante la realización del Serums:

- *Amenazas para cubrir guardias y turnos.* Si es que el serumista se niega, los jefes, administrativos, entre otros, los amenazan o incluso llegan a concretar la imposición de un memorándum por necesidad de servicio; esta práctica es común en algunos establecimientos de salud, que se ponen de pantalla, pero que al final los profesionales son llamados a un establecimiento u hospital de mayor complejidad. Muchas veces incluso los médicos son amenazados para que no se quejen, ya que si lo hacen podrían tener problemas para la obtención de su resolución al término del Serums.
- *Falta de respeto por parte de los jefes, el personal administrativo y otros que forman parte del equipo de salud.* Esta situación se produce en

determinados establecimientos, en donde se puede producir maltrato de tipo psicológico (el más frecuente), físico e incluso sexual. Esto también se puede conjugar con la amenaza de un reporte administrativo.

- *Presión para que los serumistas vivan en los establecimientos de salud.* Muchas veces se le obliga al serumista a vivir en el establecimiento de salud, aun cuando estos no cuentan con las condiciones mínimas de seguridad y salubridad. Esto se vuelve problemático, sobre todo cuando la población piensa que esto implica que el médico está a disposición permanente de la comunidad, es decir, que se le puede solicitar de noche, en la madrugada o bajo cualquier circunstancia.
- *Trato discriminatorio a los médicos que no obedecen ciertos requerimientos.* Esta situación puede ser fruto de las situaciones anteriores, pero también es muy común que pase cuando el profesional se niegue a tener horarios mayores o partidos (la ley establece que se debe laborar 6 horas por día, pero a veces se solicita que este horario sea mayor o que sea fraccionado según la necesidad de la población), una mala negociación de los días libres que le corresponden al serumista.
- *Capacitaciones inadecuadas, insuficientes o inexistentes.* La ley laboral peruana es muy clara al decir que al año se tienen que realizar como mínimo cuatro capacitaciones. Estas capacitaciones no deben ser técnicas (es decir no deben abordar temas sobre cómo hacer su trabajo, para eso están la inducción laboral o las capacitaciones específicas del trabajo). Muchas veces estas capacitaciones se realizan de forma inadecuada o sin tomar en cuenta a los profesionales Serums.
- *Dificultades para trabajar en equipo.* Esto se puede dar en diferentes circunstancias, muchas de ellas se han reportado cuando el profesional asume la dirección del establecimiento de salud. Sucede que algunos trabajadores no están de acuerdo con la disposición y, en consecuencia, propician un ambiente laboral inadecuado (sobre todo si este personal es nombrado). Otros pueden generar este am-

biente debido a que saben que los serumistas son «aves de paso», lo que —para algunos— es su justificación para el maltrato.

- *Intrusismo por parte del personal de salud.* Se han reportado que muchas veces se realizan ecografías, colposcopías, etc. Algunas veces estos procedimientos son realizados por el personal que ni siquiera es de salud, es decir, otro tipo de personal administrativo, operativo (camilleros, choferes, entre otros). Lo que muchas veces le sirve para lucrar. Esta situación a veces es conocida y hasta apañada por otro tipo de personal (puede ser personal de tipo administrativo, de salud o de apoyo, entre los más comunes).
- *Problemas de género en las relaciones con la comunidad* (de la municipalidad, Policía Nacional u otros que tengan algún puesto de autoridad en la comunidad). Se ha reportado que algunas autoridades locales no brindan el apoyo necesario, que son machistas e incluso realizan maltratos y/o acoso (estos últimos, sobre todo, en contra del personal femenino). Algunas veces, si se produce un rechazo, pueden tomar represalias poniendo en contra a la población, esparciendo rumores u otro tipo de acciones que van en contra de la reputación y el buen nombre de los profesionales.
- *Coacción para la acumulación de días libres.* Muchas veces se llega a un acuerdo razonable para que se puedan acumular los días libres (esto debido a que, si alguien vive a más de una noche de viaje, el que tenga uno o dos días libres a la semana no hace factible la movilización, ya que pasaría más tiempo en el viaje que en el hogar). Sin embargo, algunas veces estos tratos llegan a ser abusivos, y se le pide al profesional serumista que labore de forma excesiva, pidiéndole una mayor producción asistencial, que cubra guardias comunitarias, guardias hospitalarias, turnos hospitalarios (estos tres últimos sobre todo en días festivos), entre otras diversas demandas.
- *Las guardias comunitarias.* Muchas veces son impuestas por «necesidad de servicio». En otras oportunidades se llega a un acuerdo para

su realización, pero en el momento del pago no se les reconoce en forma completa o, incluso, nunca se les llega a pagar.

Todas estas problemáticas se basan en reportes escritos y verbales que han realizado decenas de serumistas en los años que se les ha apoyado. Hay evidencias de sus denuncias, así como el asesoramiento que se les brindó para solucionar, de la mejor manera, estos problemas.

### 1.6. Normativa legal que ampara la resolución de conflictos

En el caso de que la autoridad competente no haya señalado, en una Directiva Administrativa o Reglamento, el real flujograma del procedimiento de queja (muchos *Comités locales de Administración de Salud - CLAS* cuentan con estos instrumentos), se deberá recurrir a lo dispuesto por la Ley N.º 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, que señala expresamente lo siguiente:

Artículo 158.- Queja por defectos de tramitación:

158.1 En cualquier momento, los administrados pueden formular queja contra los defectos de tramitación y, en especial, los que supongan paralización, infracción de los plazos establecidos legalmente, **incumplimiento de los deberes funcionales** u omisión de trámites que deben ser subsanados antes de la resolución definitiva del asunto en la instancia respectiva.

158.2 La queja se presenta ante el superior jerárquico de la autoridad que tramita el procedimiento, citándose el deber infringido y la norma que lo exige. La autoridad superior resuelve la queja dentro de los **tres días siguientes**, previo traslado al quejado, a fin de que pueda presentar el informe que estime conveniente al día siguiente de solicitado.

158.3 En ningún caso se suspenderá la tramitación del procedimiento en que se haya presentado queja; la resolución será irrecurrible.

158.4 La autoridad que conoce de la queja puede **disponer motivadamente** que otro funcionario, de similar jerarquía al quejado, asuma el manejo del asunto.

158.5 En caso de declararse fundada la queja, se dictarán las medidas correctivas pertinentes respecto del procedimiento, y en la misma resolución se dispondrá el inicio de las actuaciones necesarias para sancionar al responsable.

## Capítulo 2

### Atención primaria orientada a la comunidad

*Pavel Jaime Contreras Carmona*

Durante el Serums, es fundamental el abordaje de los problemas de salud de la población, teniendo en cuenta las características del conjunto, es decir, las características socioculturales, económicas, de saneamiento ambiental, educacionales, políticas municipales, entre otras. Tal enfoque va más allá de la atención individual o familiar, se orienta, además, al manejo del bienestar colectivo, de la salud pública de la población; el profesional serumista tendrá a su cargo este compromiso durante doce valiosos meses.

El Serums suele realizarse en el primer nivel de atención, lo que significa en puestos de salud, centros de salud, policlínicos u hospitales nivel I. En este nivel, el enfoque de la Atención Primaria de Salud (APS) es de vital importancia y trascendencia, toda vez que las Convenciones como Alma Ata, Ottawa, Singapur, entre otras, han identificado y refrendado el hecho de que los países que basan su sistema de salud en APS son más costo-efectivos y logran mejores resultados en la salud de la población.

Así mismo, en nuestro país existe una normativa respecto a la atención comunitaria, así como esfuerzos reales, pero insuficientes, para gestionar positivamente el manejo de los problemas de la comunidad. Como ente rector, el Ministerio de Salud ha establecido dicho manejo en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud Basado en Familia y Comunidad (MAISBFC). Dicho documento, extenso y complejo, se convierte en el marco y protocolo para el enfoque comunitario; sin embargo, contar durante el Serums con una guía corta y práctica podría resultar de utilidad en un período de tiempo tan escueto y con muchas tareas por realizar.

Por otro lado, los esposos Kark recopilaron, aplicaron y sistematizaron una metodología para aplicar el concepto de APS a nivel comunitario. Dicha metodología se denomina Atención Primaria Orientada a la Comunidad (Apoc), la cual nos servirá de base para el motivo que nos ocupa.

En ese orden de ideas, el presente capítulo pretende brindar al serumista el conocimiento y herramientas, organizados en una metodología ágil y concisa, para que pueda identificar y abordar problemas de la comunidad de una manera sencilla y efectiva.

## 2.1. Definición

Es la práctica de la Atención Primaria con *enfoque poblacional* orientada a mejorar la salud de una comunidad definida, con *progresiva participación de la comunidad* y coordinación de todos los servicios y actores implicados en la salud de la comunidad.



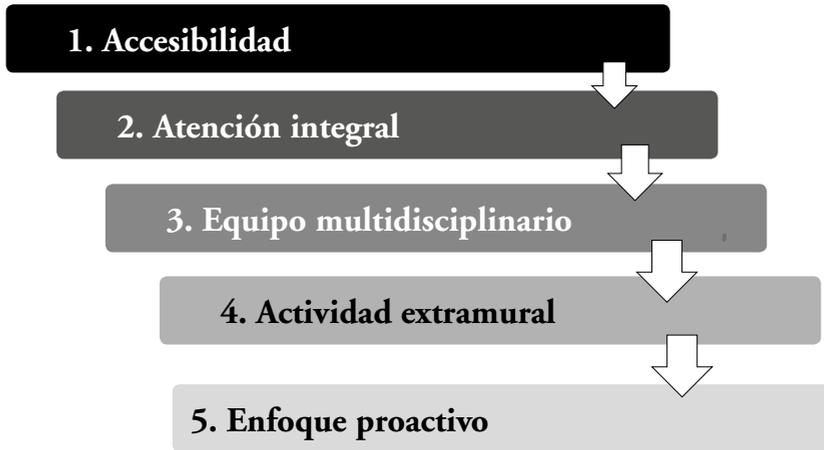
Figura 2.1. Estructura de la Apoc. Elaboración propia.

La visión de que la atención sanitaria debe incluir la atención de la comunidad y lleva a que la Apoc se base en cinco principios:

- 1) Responsabilidad para una población definida.
- 2) Atención basada en necesidades de salud identificadas.
- 3) Priorización.
- 4) Intervención de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación durante la historia natural de la enfermedad.
- 5) Participación de la comunidad.

Más aún, existen características inherentes a la atención primaria y consecuentemente a la práctica de la Apoc. Estas características se

deben tomar en cuenta al momento de diseñar las intervenciones que se desarrollarán en la comunidad, ya que nos permitirán ordenar y delimitar las actividades de nuestro plan y ser eficientes en la búsqueda del cumplimiento de los objetivos planteados.



**Figura 2.2.** Características para diseñar intervenciones en la comunidad. Elaboración propia.

## 2.2. Historia y evidencias

La práctica de la Apoc, como tal, inicia en 1940 con Sidney L. Kark y Emily Kark, quienes acuñan el nombre. A partir del conocimiento de los determinantes de la salud y de la importancia del medio ambiente (entorno social, cultural, etc.) en el equilibrio salud-enfermedad, iniciaron en Sudáfrica (1940-1950) la implementación de una Unidad Sanitaria en Pholela (Centro de Salud Comunitario) que integraba la atención individual a las actividades de salud comunitaria.

La idea era brindar prestaciones de salud, entendiendo a la comunidad como un TODO. El componente cultural y social es esencial en la valoración de la salud. Además, emplearon la Epidemiología como instrumento de análisis de los determinantes de la salud, evaluando permanentemente la atención brindada, y aplicando la enseñanza y la investigación como elementos integrales de los servicios sanitarios.

El equipo sanitario estuvo conformado básicamente por personal médico y de enfermería, quienes evaluaban la situación de salud individual, familiar y comunitaria, estableciendo diagnósticos familiares y comunitarios, además de los individuales. Asimismo, contaron con una unidad meteorológica para obtener información sobre lluvias, temperatura y humedad, con el fin de integrar ese conocimiento a los diagnósticos comunitarios; a esto le llamaron medicina social.

El primer problema que priorizaron fue la malnutrición, motivo por el que hicieron las siguientes intervenciones comunitarias:

- Promoción de la salud alimentaria y tratamiento.
- Cultivo de especies vegetales.
- Creación de un mercado diario con los productos locales.
- Concursos para determinar quién poseía el mejor huerto doméstico.
- Se enseñó a elaborar abono.
- Clases de cocina y educación en salud.
- Se promocionó el consumo de leche.



**Figura 2.3.** Esquema de intervención comunitaria. Elaboración propia.

Las diversas actividades llevadas a cabo por el equipo sanitario, sumado a la participación e involucramiento de los miembros de la co-

munidad, llevó a que el área rural de Pholela (KwaZulu-Natal) tuviera mejoras importantes en la salud de sus miembros, destacándose:

**Aumento de actividad agraria  
de 65 % a 89 %**

**Mejora en el crecimiento  
infantil y estado nutricional**

Disminución de la **mortalidad**  
infantil de 275 a 82 x 1000

La experiencia lograda en Sudáfrica (refrendada en el informe Gluckman) fue llevada unos años después a Jerusalén, a partir de 1960, por los esposos Kark. De hecho, mejoraron el modelo mediante la realización de actividades como, por ejemplo, la identificación de las necesidades de salud, el estudio de salud comunitaria (estudio Kiryat Hayovel), la integración de la atención primaria y salud pública con actividades curativas, preventivas y de promoción de la salud, la utilización permanente de la epidemiología, y la participación comunitaria continua.

### 2.3. Efectividad de la Apoc

Las experiencias y resultados generados en Sudáfrica y Jerusalén, así como otras experiencias posteriores en diversos países (incluidos los EE. UU.) permitieron demostrar los beneficios de la práctica de la Apoc, entre otros:

- Disminución de la mortalidad infantil.
- Mejora en el crecimiento y el desarrollo infantiles.
- Reducción de enfermedades infecciosas.
- Control de factores de riesgo de patologías crónicas.
- Cambios comportamiento de la población en relación con la salud.

Como ya se ha visto, la práctica de la Apoc implica la utilización de herramientas y enfoques variados, elementos que se encuentran en otras

disciplinas, más allá de la Medicina. Es fundamental la utilización de la epidemiología, las ciencias sociales y las ciencias del comportamiento para poder alcanzar una práctica óptima de la Apoc; en ese sentido, la formación en medicina siempre debiera contemplar estos aspectos.



Figura. 2.4. Esquema de atención multidisciplinaria. Elaboración propia.

## 2.4. Metodología

Visto que la práctica de la Apoc es factible en cualquier realidad y, además, resulta eficaz para mejorar la salud individual, familiar y comunitaria, es imperante emplear una metodología que permita ser eficiente con el tiempo y con los resultados durante el año de Serums. Para tal fin, primero debemos entender que existen pasos o etapas a tener en cuenta cuando se pretenda aplicar el Apoc.

La metodología presentada por Gofin describe una evaluación inicial, priorización de problemas, diagnóstico del problema priorizado, planificación y ejecución de un plan de intervención, evaluación de los resultados y una retroalimentación en búsqueda de la mejora del plan.

De hecho, las etapas descritas no necesariamente deben seguir un orden único, incluso en algunos casos puede no ser necesario el cumplimiento de alguna de las etapas. Debe entenderse que la práctica de la Apoc es un proceso dinámico y creciente, que debe reinventarse constantemente en función de las variaciones de las características de la comunidad en la que se está aplicando.

Revisemos entonces las etapas del ciclo de la Apoc, para ello rea-

lizaremos el ejercicio de imaginar que nos encontramos en el primer día de Serums en la comunidad de Salazar, en Amazonas; una zona de percentil 1 de pobreza, sin servicio eléctrico, agua no potable, sin red de desagüe, con acceso a vehículos a 2 horas de la comunidad, escuela de nivel primaria, no existe colegio de nivel secundaria, la autoridad municipal es el teniente gobernador, ronderos, parroquia católica y templo evangelista, uso de acémilas. El eje económico es la agricultura (café y maíz), hay consumo frecuente de licor y hoja de coca, existe machismo, y un puesto de salud con dos técnicos de enfermería. En ese contexto repasaremos las etapas para la aplicación de la metodología Apoc en una comunidad donde se realiza el Serums.

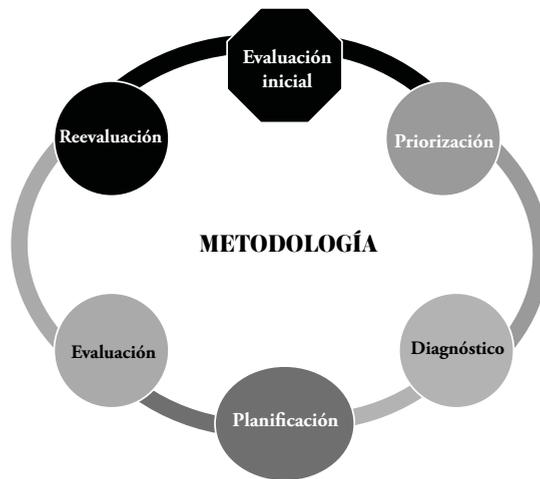


Figura 2.5. Etapas de la metodología Apoc. Elaboración propia.

#### *2.4.1. Evaluación inicial*

Significa realizar un diagnóstico situacional inicial de la comunidad. Para nuestro ejemplo, implica conocer más detalles sobre las costumbres, los tipos de líderes, el estilo de vida de los pobladores, las necesidades que ellos refieren, indicadores de salud (morbi-mortalidad), tasa de analfabetismo, las vías de acceso, las características climatológicas, los

servicios de la comunidad, recursos disponibles, instituciones públicas y sus representantes, entre otros. Con esa información nos haremos una idea cercana de la comunidad en la que nos encontramos.

A continuación, y en concordancia con los principios y las características de la Apoc, se debe convocar a reuniones con los actores sociales de la comunidad (director o profesor de escuela, teniente gobernador, jefe de ronderos, representantes de cada iglesia, comerciantes o agricultores representativos) para presentarse con ellos e iniciar el abordaje de los problemas comunitarios. En esta parte es importante aplicar habilidades comunicacionales y de interculturalidad para generar la mejor impresión ante la comunidad y de esa manera asegurar la aceptación y participación en el plan de intervención.

#### *2.4.2. Priorización de los problemas*

La priorización significa que se realizará una lista de los problemas de la comunidad y se deberá escoger cuál (o cuáles) será(n) abordado(s) en el plan. En esta parte es muy importante entender que la priorización no la realiza el personal de salud de manera unilateral; el éxito radica en que esa decisión sea tomada EN CONJUNTO con los actores sociales de la Comunidad, respetando sus intereses y preocupaciones para tal decisión.

En aras de la mayor objetividad posible, se debe utilizar un instrumento para la priorización (como el propuesto en la Tabla 1). Como puede verse, se trata de una tabla Gannt, en la columna de la izquierda se colocarán los problemas que la comunidad y el equipo de salud hayan detectado. Luego, a cada problema se le asignará un puntaje de acuerdo con las características del encabezado de cada columna (importancia, factibilidad, efectividad esperada, interés de la comunidad). El puntaje de cada casilla debe ser el promedio de la suma del puntaje que cada participante del taller asigne a dicho problema. Los puntajes van de 1 (bajo) a 3 (alto). Por ejemplo, si son 10 participantes, se suma el puntaje que cada uno asignó y se divide entre 10.



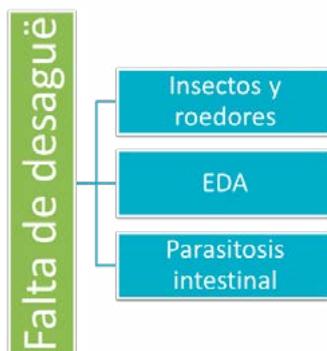


Figura 2.6. Problemática de la comunidad. Elaboración propia.

El valor de la casilla de la tercera columna (gravedad) y el segundo problema (desagüe), al contar con 10 participantes en el taller, pudo haberse obtenido de la siguiente manera:  $1+3+2+1+1+2+1+3+3+3=20$ , entonces  $20/10 = 2$ . Nótese que, por puntaje, el problema priorizado es la falta de desagüe, y sobre esto se diseñará y ejecutará el Plan de Intervención.

### 2.4.3. Diagnóstico del problema priorizado

En esta etapa se buscará entender las causas, efectos y posibles soluciones del problema, pueden utilizarse diversas herramientas para ello, como el árbol de causas y efectos. Para nuestro ejemplo, deberíamos saber el número de viviendas, familias y habitantes en general, la extensión territorial de la comunidad, los posibles aliados estratégicos, el posible asesor técnico para la implementación de desagües, las entidades y los funcionarios a los que hay que dirigirse, entre otros. En esta etapa, nuestra participación muchas veces es motivadora y de gestión, más que técnica. Si el problema priorizado fuera anemia, nuestra participación sería, además, técnica.

### 2.4.4. Planificación y ejecución de un plan de intervención

Recordemos que en todas las etapas la participación de la comunidad es necesaria y es un requisito para el éxito del Plan de Intervención. En

esta etapa, con el diagnóstico del problema completado, se realizará, en conjunto, dicho Plan; para nuestro ejemplo: «Plan de Implementación de la Red de Alcantarillado de la Comunidad de Salazar».

Una vez terminado el Plan y aprobado por los representantes de la comunidad, se procederá a la ejecución del mismo. Nuevamente, la ejecución será dependiente de la participación de la comunidad, y el serumista, en su calidad de profesional, será el líder de los dirigentes de la comunidad, actuará en todo momento con objetividad, profesionalismo, ética y responsabilidad, y motivando para el cumplimiento del objetivo trazado.

Como todo plan, deberán incluirse indicadores de cumplimiento de objetivos y no podrán faltar los indicadores sanitarios; en este caso, contar con una red de alcantarillado debiera tener impacto en la enfermedades infecto-contagiosas; más aún, si se han contemplado las características y principios de la Apoc, entonces seguramente estarían incluidas en el plan actividades de manejo domiciliario el adecuado tratamiento de residuos biocontaminados y el lavado de manos.

Como corolario de esta etapa, se procederá a la ejecución del Plan, para lo cual debe existir acompañamiento permanente del serumista y los demás actores sociales, con el afán de identificar y corregir perturbaciones inesperadas en lo planificado.

## **2.5. Evaluación de los resultados**

Una vez ejecutado el plan, se deberán evaluar los resultados en base a los indicadores que se plantearon y a los que en el transcurso de la ejecución pudieron añadirse. La evaluación debe ser realizada en conjunto con los representantes de la comunidad y ser lo más objetiva posible.

## **2.6. Reevaluación y retroalimentación del plan**

La reevaluación implica no solo analizar los resultados finales, sino todo el proceso —desde que se realizó la evaluación inicial— para entender los factores que aportaron al resultado final, sea cual fuere. A partir de

ello, plantear el abordaje de un segundo problema o la reestructuración del plan; esto con el objetivo de solucionar el problema inicial, si es que no se hubiera logrado en primera intención.

Es importante aclarar que, de plantearse continuar con un segundo problema a ser intervenido, no necesariamente se tomará la matriz de priorización anterior, ya que las condiciones de la comunidad y sus problemas podrían haber variado (dependiendo del tiempo transcurrido o de cambios claves no esperados), por factores externos a la comunidad o dentro de ella.

Por lo tanto...

El enfoque de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad, de la mano de su metodología, resulta ser una estrategia sencilla, pero fundamental para atender de manera proactiva los problemas de salud de una comunidad. En ese contexto la comunidad es un participante activo y se invita a la participación multisectorial. El Serum se convierte en un espacio importante para que la presencia del profesional serumista genere impactos positivos trascendentales en la salud pública. Idealmente debiera existir una concatenación en el tiempo de las actividades que año tras año realiza el serumista; si cada año se realizara la intervención de solo un problema de la comunidad, en unos pocos años se podría mejorar bastante la salud de la comunidad, y si esto fuera así, se realizaría una verdadera práctica de la medicina social.

## Bibliografía

- Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, realizada en Kazajistán del 6 al 12 de septiembre de 1978.
- Carta de Ottawa para la Promoción de la salud. Elaborada en la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. 21 de noviembre de 1986.
- Foz Gil, G, Pañella, H, Martin, C, Pou, R, Montaner, I y Peray, JL (1991). Atención primaria orientada a la comunidad: fundamentos conceptuales y metodológicos. *Atención primaria*. 1991; 8(3), 252-254.

- Gofin, J y Gofin, R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *Rev Panam Salud Pública*, 2007; 21(2/3), 177-184.
- Gofin, J y Gofin, R. *Salud comunitaria global: principios, métodos y programas en el mundo*. Barcelona: Elsevier Masson; 2012.
- Moral, EG, de Gracia, LJ y Olivero, FJ Docencia e investigación en atención primaria orientada a la comunidad: la experiencia de dos residentes españoles en Argentina. *Atención primaria*, 2006, 37(9), 514-516.
- Pasarín, MI, Forcada, C, Montaner, I, De Peray, JL y Gofin, J. Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, 2010; 24, 23-27.
- Serrano Martínez, M, Casado Vicente, V y Bonal Pitz, P (Coord.). *Medicina de familia. Guía para estudiantes*. Barcelona: Editorial Ariel, 2005, pp. 113-128.
- Starfield, B. & Asch, J. P. *Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona: Masson; 2001, pp. 3-32.
- Turabián, JL y Pérez, B. *Actividades comunitarias en medicina de familia y atención primaria. Un nuevo enfoque práctico*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2001.

## Capítulo 3

# Intervenciones sanitarias y programas en el marco de la promoción y prevención de la salud

*Pavel Jaime Contreras Carmona*

«La promoción de la salud tiene como objetivo proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Se constituye en una prioridad para el sector por su importancia en el desarrollo social y en el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Busca promover la salud de los peruanos como un derecho inalienable de la persona humana y la necesidad de crear una cultura de la salud, que involucra a individuos, familias, comunidades y sociedad en su conjunto, en un proceso orientado a modificar las condicionantes o determinantes de la salud.

La manera de operativizar este modelo es a través de **Programas** para la promoción de la salud que son el conjunto de acciones integrales y sostenibles a nivel de los escenarios, considerando además la población sujeta de intervención para alcanzar resultados que favorezcan condiciones de vida saludables en la población y su entorno.

Los programas que ha considerado la Dirección General de Promoción de la Salud son: el Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas, el Programa de Familia y Vivienda Saludables, el Programa de Municipios y Comunidades saludables y el Programa de Centros Laborales Saludables».

La fortaleza con la que cuentan los establecimientos de salud en el primer nivel de atención es el Programa de Promoción de la Salud, en el que se desarrollan muchas actividades preventivo-promocionales, que incluyen la participación de la mayoría de los programas. Además,

este programa permitirá el contacto directo con la población. Toda la información correspondiente a los programas y estrategias sanitarias que maneja el Ministerio de Salud se podrá encontrar en <http://www.minsa.gob.pe/?op=2&box=2>

La información que se puede encontrar en la web es de:

- Accidentes de tránsito
- Alimentación y nutrición
- Contaminación con metales pesados
- Daños no transmisibles
- Enfermedades metaxénicas y otras
- ITS y VIH-SIDA
- Inmunizaciones
- Salud familiar
- Salud de los Pueblos Indígenas
- Salud Sexual y Reproductiva
- Salud Mental y cultura de Paz
- Salud Ocular
- Salud Bucal
- Tuberculosis
- Zoonosis
- Saneamiento y Salud Ambiental

### **3.1. Recomendaciones**

- Conservar evidencias de las actividades (actas, fotos, memoriales, etc.). Ejemplo: «Acta de Promoción y Prevención de la Salud», con el fin de firmar acuerdos, convenios, entre otros, la cual deberá contar con firma y sello de los participantes de cada actividad. Se recomienda llevarla a las reuniones multidisciplinarias y a las reuniones con la comunidad.

- Solicitar la resolución y toda la documentación correspondiente en el momento de asumir la responsabilidad de algún programa.
- Conocer la programación y los avances de cada una de las estrategias a su cargo. Por lo general, se sugiere que por cada trimestre haya un avance de 25 %.
- Monitorizar los avances de las metas de los programas a su cargo, teniendo en cuenta que los avances de las metas de muchos programas involucran no solo la acción del médico, sino que deberá contar con el apoyo del resto de profesionales del establecimiento (trabajo multidisciplinario).
- Capacitar y/o solicitar la capacitación respectiva a las instancias correspondientes (Red, Microred, Diresa).

## Capítulo 4

### La ficha familiar

*Pavel Jaime Contreras Carmona*

Nuestro sistema sanitario está virando —por lo menos está escrito— de un modelo de atención centrado en el individuo y su biología hacia la atención del individuo con su dualidad mente-cuerpo, la atención de la familia y de la comunidad en donde este individuo y su familia se desarrollan (Figura 4.1.).

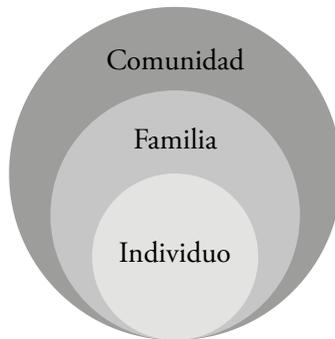


Figura 4.1. Esquema sanitario

Esta forma de abordar el proceso salud-enfermedad es una práctica común en países mejor desarrollados, como es el caso de Canadá, Inglaterra, España, Francia; recientemente en Latinoamérica es el caso de Brasil y Chile. Más aún existe evidencia científica que respalda la efectividad de tal enfoque y, conforme transcurren los años, la experiencia de esos países se traduce en nueva evidencia que nuestro país ha asumido como necesaria en su visión para estar a la vanguardia en temas de salud.

La creciente información sobre esa «forma» de gestionar la salud nacional ha sido consolidada en un documento técnico denominado Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, el que

presenta a la atención de salud como un proceso continuo que centra su atención en las familias, priorizando actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, entregándoles además herramientas para su autocuidado. En ese sentido, prioriza la promoción de estilos de vida saludables, fomentando la acción intersectorial y el fortalecimiento de la responsabilidad familiar y comunitaria, a fin de lograr resultados positivos en su condición de salud.

Este modelo identifica a la familia como un sistema; reconoce que esta influye en la salud y en la enfermedad de cada uno de sus miembros y, de la misma manera, la salud de cada miembro influye en el sistema en su conjunto.

Para identificar y abordar a la familia como un conjunto, en consonancia con la propuesta del modelo de atención integral en salud basado en la familia y comunidad (MAIS-BFC), es necesario utilizar herramientas de diagnóstico de la salud de la familia; diagnóstico basado en identificar los riesgos a los que está expuesta, problemas de salud familiar, factores condicionantes de los riesgos y problemas, así como los recursos (fortalezas, oportunidades) con los que cuenta. Esta información será fundamental para la elaboración de un plan de intervención a dicha familia.

Es en este marco que la denominada Ficha familiar cobra especial importancia, ya que se constituye en la herramienta que recogerá la información relevante con la que el equipo sanitario (médico y/o enfermero, obstetra, técnico de enfermería) realizará el diagnóstico familiar y propondrá el plan de intervención (tratamiento y seguimiento), conducente a la mejora de la salud de la familia y, consecuentemente, a la mejora de la salud de cada uno de sus integrantes.

La práctica del Serums debe estar abocada, además de la atención individual, a la atención de la familia y de la comunidad (el abordaje de esta última fue revisado con mayor detalle en el Capítulo 2). Para tal fin, en esta parte revisaremos la forma de utilizar y aplicar la Ficha familiar, de tal manera que el serumista aproveche esta herramienta de la forma más eficiente y útil para él y las familias que tendrá a su cargo.

#### 4.1. Ficha familiar

Es importante tener claro que la ficha familiar puede ser utilizada, principalmente, en dos condiciones:

- Aplicada a toda la comunidad indistintamente, para tener una lectura de la situación de salud de todas las familias (tipo censo) o
- aplicada a partir de un caso índice.

La primera condición, de ser posible, debe ser realizada durante el Serums, pero resulta más onerosa esta forma individual de realización, tanto por la demanda de recurso humano y tiempo como de los costos que generaría. Alentamos a realizarla si se cuentan con los recursos. Por otro lado, la segunda condición es la que usualmente invita a la aplicación de la ficha familiar.

Para comprender el caso índice veamos algunos ejemplos:

- Niño que sostenidamente no es llevado a los controles de CRED y/o no cumple con el calendario de vacunación.
- Mujer gestante que no acude a los controles prenatales.
- Persona con enfermedad crónica que no controla adecuadamente su patología.
- Violencia familiar en un adulto mayor.

En estas circunstancias, la idea de aplicar la ficha familiar sirve para identificar los factores familiares que tendrían que ver con el mal control, intervenir en aquellos factores para tener un mejor resultado individual; pero a la vez generar resultados positivos en otros miembros de la familia, mejorando la salud familiar en general.

Pasaremos a revisar las partes de la Ficha Familiar, así mismo, ejemplificaremos la forma de aplicarla. Para tal caso imaginemos que nos encontramos en el primer mes del Serums.

#### 4.2. Caso familiar

Don Francisco Mayta García (73 años) tiene como antecedentes diabetes mellitus, hipertensión arterial y osteoartrosis; es esposo de doña Estela Tupa Fuentes (69 años), quien también padece hipertensión arte-

rial. Doña Estela ha tenido 6 embarazos, de los cuales el primero terminó en un aborto espontáneo. Se casaron en 1980, fecha en la que cada uno dejó la casa de sus padres, Ruperto y Julia fueron los padres de don Francisco (ambos fallecidos); Pedro y Nelly, los padres de doña Estela, también fallecidos.

Los hijos de la pareja, en orden descendente, son Leonardo (49 años), Milton (45 años), Janeth (41 años), Constantino (35 años) y Fiorella (28 años). Leonardo se casó con Celeste (46 años) en 1998 y tuvieron 3 hijos: Jorge (18 años), José (15 años) y Alan (12 años). Milton se casó en el 2001 con Patricia (39 años) y se divorció en el 2006, no tuvo hijos. Janeth se casó en 1995 con Sebastián (42 años) y tuvieron 2 hijos, Julia (20 años) y Carmen (17 años). Constantino convive desde el 2012 con Tatiana (30 años). Fiorella está soltera y no tiene hijos.

### **4.3. Partes de la ficha familiar**

Los segmentos de la Ficha familiar son los siguientes: 1. Datos generales. 2. Localización de la vivienda y datos sociodemográficos. 3. Visita de salud familiar. 4. Características de los miembros de la familia. 5. Instrumentos de evaluación familiar. 6. Riesgos a identificar de acuerdo con la etapa de vida y como familia. 7. Características de la familia y la vivienda. 8. Riesgos del entorno. 9. Paquete de Atención Integral de la Familia.

Revisemos las dos primeras partes de la ficha familiar, las que se encuentran en la primera página. En la segunda página, se considera un listado de los integrantes de la familia; en la página 3 tendremos que definir el tipo de familia y el ciclo vital en el que se encuentra. En esta parte debemos tener presente que debe considerarse al primer hijo como punto de referencia.

## Partes de una ficha familiar

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD: ANCASH									
RED/MICRO RED DE SALUD: CARAZ									
ESTABLECIMIENTO DE SALUD: P. S. SALAZAR									
APELLIDOS Y NOMBRE (S) DEL INFORMANTE: ESTELA TUPA FUENTES									
<b>I. LOCALIZACIÓN DE LA VIVIENDA Y DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>									
Provincia: CARAZ				Distrito: HUAYLAS					
Centro poblado: Salazar				Sector: II					
Dirección de la vivienda: Avenida ( ) Jirón ( ) Calle ( ) Pasaje ( <b>X</b> ) Carretera ( ) Otro:									
-Nombre de la av., jr., psje., etc.			N.º de Puerta	Interior	Manzana	Lote	Km	Celular o teléfono	
Las Gardenias					I	17		999 999 999	
Referencia:									
Área de residencia (marcar con una X)		Urbano	<b>X</b> Rural	Tiempo de residencia en el domicilio actual			<b>Siempre</b>		
Tiempo que demora en llegar al EESS		20' Minutos	1 Horas	Dónde vivieron antes			No corresponde		
Medio de transporte		A pie		Disponibilidad para próximas visitas			Sí		
Correo electrónico: <a href="mailto:correo_de@prueba.com">correo_de@prueba.com</a>									
<b>II. VISITA FAMILIAR INTEGRAL</b>									
FECHA			RESPONSABLE EJECUTADA	RESULTADO DE LA VISITA			PRÓXIMA VISITA		
DÍA	MES	AÑO		AUSENTE	RECHAZO ABANDONO	DÍA	MES	AÑO	
25	1	2018	Pavel Contreras		<b>X</b>	4	2	2018	
4	2	2018	Jaime Carmona	<b>X</b>		8	3	2018	

III. CARACTERÍSTICAS DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA																		
N.º	NOMBRES	APELLIDOS	EDAD Y SEXO		DNI	FECHA NAC.	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	GRADO DE INSTRUCCIÓN	TIPO DE OCUPACIÓN	CONDICIÓN DE LA OCUPACIÓN	SEGURO MÉDICO				Si acudió al servicio de salud (Marcar con X)	Idioma predominante de la familia	Castellano
			M	F								SIS	EsSalud/FE.AA.	Sin Seguro	Privado			
1	Francisco	Mayra García	73		99999999	31/01/1944	P	C	S	AGRICULTOR	J	X						
2	Escler	Tupa Fuentes		69	88888888	4/21/1948	M	C	P	AMA DE CASA	J	X						
3	Milton	Mayra Tupa	45		77777777	7/18/1972	H	D	SU	PROFESOR	S		X					
4	Florella	Mayra Tupa		28	66666666	5/13/1989	H	S	SNU	CONTADORA	E		X					

<b>CICLO VITAL FAMILIAR</b>	
<b>Familia en formación</b>	Es la pareja sin hijos: · Noviazgo · Convivencia o matrimonio · Embarazo
<b>Familia en expansión</b>	Es la pareja con hijos: · Nacimiento del primer hijo · Hijo en edad preescolar · Hijo en edad escolar · Hijo en edad adolescente · Hijo en edad adulta
<b>Familia en dispersión</b>	Inicio: cuando sale del núcleo familiar el primer hijo. Término: cuando sale del núcleo familiar el último hijo.
<b>Familia en contracción</b>	Es la pareja sin hijos: · Jubilación · Muerte del cónyuge

<b>TIPO DE FAMILIA</b>	
<b>Monoparental</b>	Conformada por uno de los padres y los hijos.
<b>Nuclear</b>	Conformada por ambos padres y los hijos si es el caso.
<b>Ampliada</b>	Conformada por padres e hijos, así como parientes tipo tíos, primos, sobrinos, cuñados, etc.
<b>Extendida</b>	Conformada por padres e hijos, así como parientes de la tercera o más generaciones.
<b>Reconstituida</b>	Conformada por padres que tuvieron familia anteriormente, más los hijos.

Para nuestro caso, teniendo en cuenta que el primer hijo es Leonardo, el tipo de familia y ciclo vital de don Francisco Mayta serían:

Ciclo vital familiar	Marcar con X	Tipo de familia	Marcar con X
A. Familia en formación Pareja sin hijos		Monoparental	
B. Familia en expansión Nacimiento del primer hijo		Nuclear	X
Hijo en edad preescolar		Ampliada	
Hijo en edad escolar		Extendida	
Hijo en edad adolescente		Reconstituida	
Hijo en edad adulta		Equivalente familiar	
C. Familia en dispersión	X		
D. Familia en contracción			

*Ecomapa*

Se utiliza para describir los recursos con los que cuenta la familia en un conjunto. Servirá para aprovechar dichos recursos en bien de la familia. Los recursos pueden ser religiosos, educativos, amistades, trabajo, esparcimiento, sanitarios, entre otros (Figura 4.2.)

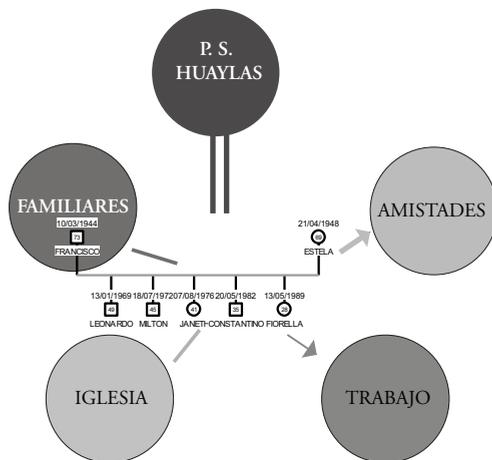


Figura 4.2. Ecomapa

### Familiograma

Los miembros de una familia mantienen una jerarquía y relaciones de diferente índole; para conocer y describir gráficamente dicha realidad, utilizamos el familiograma. Esta herramienta utiliza una configuración algo parecida al árbol genealógico. Se emplean figuras preestablecidas para describir la estructura, así como conectores lineales para describir las relaciones entre los miembros de la familia (Figura 4.3.).

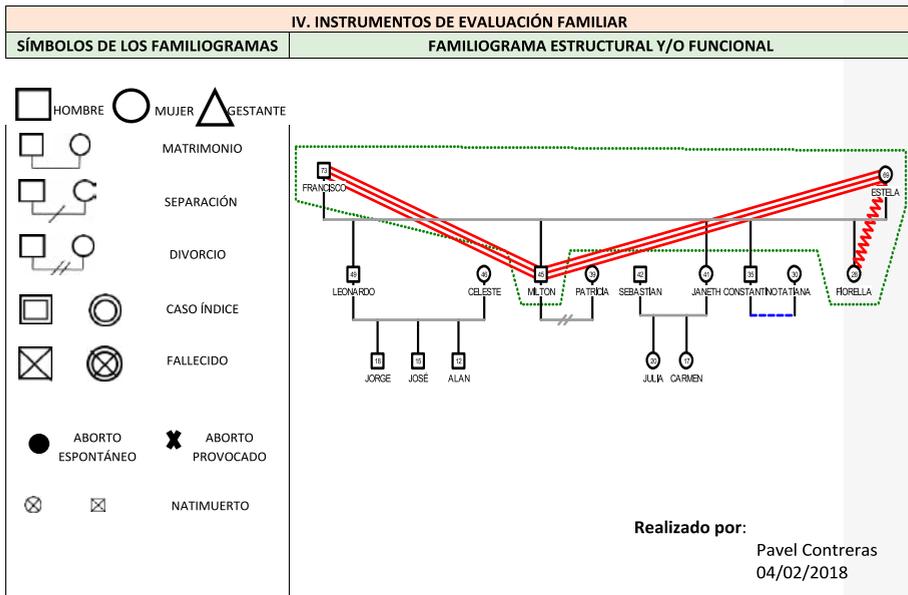
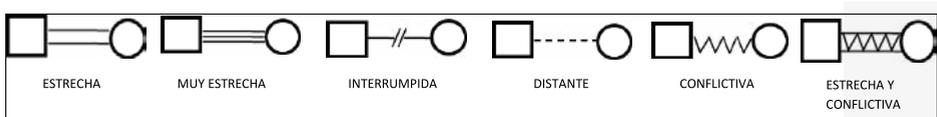


Figura 4.3. Familiograma

Las relaciones entre los integrantes se dibujarán de acuerdo con los siguientes gráficos:



En esta parte también se identifican los riesgos que el evaluador encuentre, consignando el número del integrante para identificar a qué persona nos estamos refiriendo. Para nuestro caso familiar, vemos que no existen recién nacidos, niños, ni adolescentes en la familia.

V. RIESGOS A IDENTIFICAR DE ACUERDO A LA ETAPA DE VIDA Y COMO FAMILIA											
ETAPA DE NIÑO (0-1 AÑOS)		ETAPA DEL ADOLESCENTE (12 a 17 años)		ETAPA JOVEN (18 a 29 años)		ETAPA ADULTIA (30 a 59 años)		ETAPA ADULTO (> de 60 años)			
Fecha: / /	Colocar n.º	Fecha: / /	Colocar n.º	Fecha: / /	Colocar n.º	Fecha: / /	Colocar n.º	Fecha: / /	Colocar n.º	Fecha: / /	Colocar n.º
Riesgos		Riesgos		Riesgos		Riesgos		Riesgos		Riesgos	
Recién nacido (<28 días)		Sin evaluación nutricional	4	Sin evaluación nutricional	3	Sin evaluación nutricional	3	Sin evaluación nutricional			
Niños sin CRED		Sin evaluación riesgo CV		Sin evaluación riesgo CV		Vacunas incompletas		Sin evaluación mental	1.2		
Recién nacido de parto domiciliario		Sin evaluación del desarrollo psicossocial		Sin evaluación del desarrollo psicossocial		Sin identificación de riesgo en ENT	3	Sin identificación de riesgo en ENT			
Niño < 6 meses sin LME adecuada		Sin evaluación de agudeza visual y auditiva		Sin identificación de riesgo en ENT		Sin identificación de factores de riesgo en ET		Sin identificación de factores de riesgo en ET			
Niño con vacunas incompletas		Sin evaluación del desarrollo sexual		Sin identificación de factores de riesgo en ET		Sin identificación de FR de enfermedades ocupacionales	3	Dependencia total o parcial			
Sin evaluación odontológica		Sin evaluación odontológica		Sin evaluación Odontológica		Sin evaluación odontológica	3	Sin evaluación odontológica			
Sin sesiones de estimulación temprana		Sin evaluación Física-Postural		Sin identificación de problemas Renales		Mujer (MSA) sin Papanicolaou anual		Déficit visual / auditivo	1.2		
Niño < = de 35 meses sin suplemento de hierro		Vacunas incompletas		Vacunas incompletas		Conducta sexual de riesgo		Vacunas incompletas			
Niño < = de 5 años sin suplemento de vitamina A		Participación de pandillas/delinuencia		Mujer (MSA) sin Papanicolaou anual	4	MER/HER sin Planificación familiar		Mujer (MSA) sin Papanicolaou anual (hasta los 65 años)			
Sin exámenes de laboratorio, parásitos, RPR, Hb, Gyf, TSH		Problemas de conducta y alimentación		MER/HER sin Planificación Familiar		Mujer >= 45/ Hombre >= 35 sin exámenes de colesterol	3	Mujer sin mamografía bianual (hasta los 74 años)	2		
Deserción escolar/bajo rendimiento escolar		Deserción escolar / bajo rendimiento escolar		Participación de pandillas/delinuencia		Mamografía bianual a partir de los 50 años		Mujer/ Hombre sin exámenes de colesterol			
Sin identificación de problemas visuales y auditivos		Conducta sexual de riesgo		Conducta sexual de riesgo		Hombre > 50 años sin evaluación de próstata		Hombre sin evaluación de próstata			
LME: Lactancia materna exclusiva; CRED: Crecimiento y desarrollo; MERHER: Mujer sexualmente activa; CV: Cardiovascular; ENT: Enf. No transmisible; ET: Enf. transmisible; FR: Factor de riesgo											
<b>Observaciones:</b>											

DISCAPACIDAD (Fecha 09/09/2013)				FAMILIA (Fecha: 09/09/2013)	
En sus actividades diarias tiene limitaciones de forma permanente para ....	Colocar N.º	¿Cuál es el origen de esta(s) limitación(es)?	Colocar n.º	Riesgos	Colocar n.º
Moverse o caminar, para usar brazos o piernas		Genético / congénito / de nacimiento		Sin vigilancia nutricional	Integrante con malas pautas de crianza o convivencia
Puede ver (aun usando anteojos)		Enfermedad crónica		Sin / incompleto CPN	Integrante con mala comunicación intrafamiliar
Hablar, o comunicarse, aun usando el lenguaje de señas u otros		Enfermedad laboral		Sin administración de suplemento (hierro, ácido fólico)	Familiar con estrés del cuidador
Puede oír (aun usando audifonos)		Accidente común en el o fuera del hogar		Sin psicoproflaxis	Integrante víctima de violencia (física, psicológica, de género), abuso sexual, abandono.
Entender o aprender		Accidente de tránsito		Sin evaluación dental	Intento de suicidio de algún miembro de la familia
Relacionarse con los demás, por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas		Accidente laboral		Sin plan de parto	Familiar consumidor de alcohol, tabaco u otras sustancias ilícitas
		Violencia familiar		Vacunas incompletas	Otros

VI. CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA, LA VIVIENDA Y EL ENTORNO									
INGRESOS FAMILIARES	Marcar con X	TENENCIA DE LA VIVIENDA	Marcar con X	TIPO DE VIVIENDA	Marcar con X	MATERIAL DEL PISO	Marcar con X	MATERIAL DE TECHO	Marcar con X
Menos de 750 S/		Propia		Vivienda unifamiliar	X	Madera, estera		Calamina	
De 751 a 1000 S/		Plan Social		Vivienda multifamiliar		Adobe		Madera y barro	X
De 1001 a 1400 S/	X	Cuidador/alojado		Vecindad, quinta, choza, cabaña		Noble (Ladrillo y cemento)		Noble (Ladrillo y cemento)	
De 1401 a 1800 S/		Alquilada, Alquiler venta		Local no destinado para habitación humana		Quincha, piedra con barro		Estera, tejas, paja, hojas	
De 1801 a más S/		Otros		Otros		Otros		Otros	

CONSERVACIÓN DE ALIMENTOS	Marcar con X	COMBUSTIBLE PARA COCINAR	Marcar con X	N.º DE PERSONAS X DORMITORIO	Marcar con X	VIVIENDA CON RIESGO PARA CAÍDAS DESCRIBIR: desníveles en el piso.	PANDILLAJE/ DELINCUENCIA CERCA A SU VIVIENDA
						NO	NO
						SÍ	SÍ
Al aire libre		Leña, carbón	X	De 4 miembros a más			
Refrigeradora	X	Boxa		De 1 a 3 miembros			
Otros		Gas, electricidad	X				

VI. CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA, LA VIVIENDA Y EL ENTORNO											
SERVICIOS	Marcar con X	AGUA DE CONSUMO	Marcar con X	TENENCIA DE ANIMALES			RIESGO DEL ENTORNO	Marcar con X	COMPORTAMIENTOS Y ESTILOS DE VIDA		
				TIPO DE ANIMAL	Marcar con X	VACUNAS			Si	NO	
Teléfono		Red pública		Domésticos (perro, gato, aves de corral)			Depósitos de agua no tapada	X	Higiene y ambiente	X	
Internet, cable		Red propia					Lluvias, inundaciones		Nutrición y alimentación saludable		X
Eléctrico	X	Cisterna, pozo	X	No domésticos (cabras, carneros, cerdos, vaca, cuy)			Vectores (mosquitos, zancudo roedores, etc).	X	Salud sexual y reproductiva	X	
Agua, desagüe	X	Río, acequia		Convive con los animales dentro de la vivienda		X	Sin alumbrado público, pistas no asfaltadas.	X	Habilidades para la vida		X
Otros		Otros					Derrumbes, huaycos		Cultura de paz y buen trato		X
DISPOSICIÓN DE BASURA	Marcar con X	ELIMINACIÓN DE EXCRETAS	Marcar con X				Basural junto a la vivienda.		Actividades físicas		X
Carro recolector		Aire libre					Ruidos, humos o vapores.	X	Prevención de enfermedades prevalentes		X
A campo abierto		Acequia, canal							Seguridad vial y cultura de tránsito		X
En un pozo, al río		Baño público									
Se entierra, quema		Baño propio									
Otros		Otros									

Así mismo, en la ficha familiar se describirán las características de la vivienda y se identificarán condiciones físicas propias y del entorno que pueden constituir riesgos para los miembros de la familia. Esta información será utilizada para brindar orientación y realizar intervenciones que apunten a disminuir dichos riesgos.

Una vez identificados los integrantes de la familia, su estructura y relaciones, las condiciones en las que viven, así como los riesgos a los que están expuestos, se elabora un consolidado de problemas que deben ser abordados. Además, se plantean acciones iniciales, generando compromisos entre los miembros de la familia y el equipo de salud.

#### **4.4. Observaciones**

Una vez concluida la visita familiar, ya con la Ficha familiar llena y los acuerdos establecidos, el evaluador deberá comunicar al equipo sanitario las acciones realizadas, así como las actividades que continúan para el mejoramiento de la salud de la familia visitada.

Existen factores del entorno que dependen de las condiciones generales de la comunidad, para lo cual el equipo de salud buscará intervenciones, utilizando el modelo Apoc (Atención Primaria Orientada a la Comunidad), metodología que se revisará en otro capítulo.

La ficha familiar es un instrumento fundamental para el abordaje de la familia, para conocer de cerca a sus integrantes, sus características, las de su vivienda y entorno, así como para identificar problemas existentes y riesgos a los que están expuestos, con la finalidad de intervenir con diversas estrategias y mejorar la salud de dicha familia —entendiéndola como un conjunto—. Finalmente, el serumista que utiliza herramientas, como la ficha familiar, será más eficiente y coherente con el cumplimiento de los objetivos sanitarios de nuestro país.

Plan de Atención Integral de la Familia (PAIFAM)

EJE DE INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA IDENTIFICADO			ACUERDOS	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	VISITA FAMILIAR INTEGRAL				OBSERVACIONES
	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	PROBLEMA			04/12/2018	./..././.	./..././.	./..././.	
1. PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL POR ETAPA DE VIDA	MAYTA TUPA, FIORELLA	28	Poca comunicación	Iniciar apoyo sanitario	Fiorella					
			No tiene PAP	Acudir a cita el 7 feb	Fiorella					
	MAYTA TUPA, MILTON	45	No realiza evaluación preventiva de RCV	Acudir a cita el 10 feb	Milton					
2. FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE			Obesidad	Consejería sobre alimentación saludable	Médico Enfermera					
			Nutrición y alimentación inadecuada	Consejería	Equipo de salud					
ACTIVIDAD FÍSICA (Practica deportes, etc.)			Sedentarismo	Consejería	Equipo de salud					
SEGURIDAD VIAL Y CULTURA DE TRÁNSITO (conocen y practican reglas de seguridad vial, etc.)			No conocen normas de tránsito	Consejería	Equipo de salud					

EJE DE INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA IDENTIFICADO	ACUERDOS	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	VISITA FAMILIAR INTEGRAL			OBSERVACIONES
				04/02/2018	..!.....!	..!.....!	
<b>SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</b> (maternidad saludable, prevención de embarazo no deseado, prevención de cáncer cérvico-uterino y mamarío, de ETS/HIV/SIDA)							
<b>3. SANEAMIENTO BÁSICO DE LA VIVIENDA</b> Vivienda ordenada con separación de espacios y en buenas condiciones de higiene y segura, adecuada eliminación de excretas, habitaciones con buena ventilación, buenas condiciones de Infraestructura, adecuado espacio para crianza de animales, etc.							
<b>4. DESARROLLO DE PAUTAS DE CRIANZA EN LA FAMILIA Y CULTURA DE PAZ Y BUEN TRATO</b> (crian adecuadamente a sus hijos, promueve la unión entre sus miembros, la moralidad y el comportamiento ético, la disciplina y el seguimiento de reglas, la participación en actividades sociales y de recreación, los hijos ayudan en la solución de problemas del hogar, buena comunicación familiar, etc.)	Hija no sigue las reglas	Acudir a P. S. para consejería	Médico				
<b>HABILIDADES PARA LA VIDA</b> (los hijos tienen metas, objetivos claros y saben cómo lograrlos, etc.)	Hija no tiene claro sus objetivos						

## Bibliografía

1. Starfield, B. *Primary care: concept, evaluation and policy*. USA: Oxford University Press, 1992.
2. Anzures R, Chávez A, García P, Pons A. *Medicina familiar*. México: Corinter, 2008, vol. 1, pp. 227-77.
3. Membrillo A, Fernández M, Quiroz J, Rodríguez JL. *Familia: Introducción al estudio de sus elementos*. México: Editores de Textos Mexicanos S. A.; 2008.
4. De la Revilla, L. y Muñoz, E. B. *Conceptos e instrumentos de la atención familiar*. Barcelona: Doyma, 1994.
5. Solorzano, M y Brand, C. *Familiología*. Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar, 2001.
6. Perú. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. *Modelo de Atención Integral en Salud Basado en Familia y Comunidad*. [Documento técnico]. Lima: Ministerio de Salud, 2011.

## Capítulo 5

### Oportunidades de proyección social en el Serums

*Tatiana Requena Pastorelli*

Uno de los retos más importantes para los sistemas de salud es lograr el acercamiento de los servicios de salud a la comunidad, llegando a las poblaciones más vulnerables; y es una responsabilidad de todo el equipo de salud.

Las oportunidades de proyección social pueden desarrollarse en el marco del programa Serums, teniendo como pilar principal el trabajo comunitario, componente fundamental de la salud pública, el cual se define como «el conjunto de acciones que el personal responsable del servicio de los establecimientos de salud realiza en las comunidades o bajo su responsabilidad, en coordinación con los agentes de salud y otros líderes de la comunidad con una connotación social como columna vertebral de sus actividades» (1).

La proyección social comprende servicios y actividades que se llevan a cabo para lograr mejoras en la comunidad; está vinculada a la educación y a las herramientas necesarias para progresar socialmente, para que los conocimientos impartidos sean útiles para la comunidad. En ese sentido, el desarrollo de la misma corresponde a una de las funciones sustantivas del Serums, independiente de la institución donde se realice. Lo que lleva a la integración e interacción de los agentes y sectores sociales a fin de acercar a la población a los servicios de salud y estrechar los lazos de confianza.

Según el manual *Metodología para el trabajo comunitario en salud* (Minsa), la «proyección» puede tratarse del impulso de algo, de una planificación o de la acción que se lleva a cabo para que la figura de un objeto sea visible sobre la figura de otro; y «social» es un adjetivo que

se refiere a la sociedad (la comunidad de seres humanos que interactúan entre sí y tienen una cultura en común).

Por tal motivo, es necesario que el trabajo comunitario en el Serums tenga además un alto sentido de compromiso social, mediante comportamiento ético y transparente que contribuya al desarrollo, con la finalidad de buscar la mejora de la salud y el bienestar de las personas. Se debe recordar, además, que la responsabilidad social no solo es realizar actividades altruistas, obras de caridad o de voluntariado, sino un trabajo articulado en equipo (2).

Por otra parte, el Serums representa un servicio social donde los profesionales de la salud realizan, durante un año, un sinnúmero de actividades en beneficio del desarrollo de la comunidad con bajos recursos económicos o de poca accesibilidad. Tales actividades se efectuarán en función al compromiso social de cada serumista, a fin de generar bienestar y progreso en las comunidades más vulnerables del Perú. La planificación de actividades sociales y extramurales es el eje fundamental para el éxito de dicha proyección social (2).

### **5.1. Modelos de oportunidad de proyección social en el Serums**

El Serums como programa social ofrece la oportunidad a los profesionales que lo ejercen de aprovechar la interculturalidad y multiculturalidad del programa, desarrollar diversas experiencias de proyección social que, hasta el momento, han sido iniciativas individuales que han enriquecido la labor desempeñada durante ese año de trabajo.

En base a las experiencias recogidas, hemos listado diferentes tipos de actividades que los profesionales serumistas pueden desarrollar.

- Campañas médicas
- Clubes de desarrollo personal por etapas de vida
- Talleres de motivación personal (abrazos gratis, risoterapia, etc)
- Actividades de donaciones (ropa, juguetes, víveres)
- Actividades lúdicas y recreativas (ferias, concursos, etc).

A continuación, mostraremos las diferentes experiencias de proyección social que fueron realizadas durante el Serums.

## 5.2. Primera experiencia de proyección social

Durante el ejercicio de mi Serums en el P. S. PNP Casma organicé campañas médicas denominadas “Acciones cívicas” en comunidades alejadas del distrito de Casma, las cuales realicé en coordinación con el comisario, el alcalde de la ciudad y el representante de las juntas vecinales. Se brindó atención integral de salud a los vecinos y vigilantes comunales y la donación de medicamentos otorgados por la municipalidad. De la misma manera, organizamos actividades en otro caserío aledaño que consistió en actividades de despistaje de parasitosis, captación de sintomáticos y vigilancia epidemiológica. Ambas actividades reforzaron el vínculo de la comunidad hacia la institución, aprovechamos además la oportunidad de impulsar el trabajo de la sanidad y la PNP pro seguridad ciudadana y no violencia contra la mujer.

Siguiendo con ese compromiso social, participé activamente del «Club de menores Amigos de Casma - Vacaciones Útiles 2016», iniciativa de la Oficina de Participación Ciudadana y Proyección Social de la Comisaría. Mi participación consistió en brindar capacitaciones sobre la prevención de *bullying*, higiene personal en los niños, lavado de manos, educación sexual, métodos anticonceptivos y prevención contra el dengue. Esta fue una oportunidad de sensibilización social, no solo para los alumnos sino también para los familiares.

TATIANA REQUENA PASTORELLI  
SERUMISTA P. S. CASMA PNP-2015

## 5.3. Segunda experiencia de proyección social

Tuve la oportunidad de realizar mi Serums en el distrito de Huambo, Rodríguez de Mendoza (Amazonas), donde viví una experiencia maravillosa impulsando el programa del adulto mayor, enfocado en la promoción y prevención de la salud en este grupo de pobladores.

Algo que recuerdo de esta experiencia es el trabajo realizado por el Área de Psicología, que realizaba talleres de tai chí sumado a tiempos de

relajación, esto para los adultos mayores y que tuvo el fin de mejorar su estado de ánimo y combatir el estrés.

Asimismo, se hizo concursos de modelaje por el día del adulto mayor, donde cada una de las señoras mostraba su mejor traje, generando mucha alegría entre los participantes. A cambio de su participación, se les otorgaba frascos de vitaminas, muestras médicas y regalitos sorpresa; acompañado de un gran baile donde olvidaron por un momento los padecimientos propios de la edad. La actividad se difundió a través de la radio y afiches pegados en los postes del pueblo, de esta manera se logró la mayor participación.

JESSICA MONTOYA CALDAS  
SERUMISTA DE RODRÍGUEZ DE MENDOZA  
MINSAs-2014

#### 5.4. Tercera experiencia de proyección social

Realicé mi Serums en Acobamba-Ancash, en el año 2014, en el cual no se había adjudicado el equipo de salud completo por falta de presupuesto. Sin embargo, a pesar de ser un equipo pequeño, tuvimos la motivación de coordinar actividades sociales en beneficio de la comunidad, tales como campañas médicas orientadas a brindar paquetes de atención integral por etapas de vida para la población de los 4 anexos aledaños a mi establecimiento de salud».

CINTHIA AMANDO RAMOS  
Serums P. S. ACOBAMBA  
MINSAs-2014

#### Bibliografía

1. Atención Primaria y Saneamiento Básico. Metodología para el trabajo comunitario en salud. Desarrollo Comunitario. Serie 2 [en línea]; 1997. Disponible en [www.minsa.gob.pe/publicaciones/aprisabac/21.pdf](http://www.minsa.gob.pe/publicaciones/aprisabac/21.pdf)

2. Argandoña, A. *¿Qué es y que no es responsabilidad social?* [Paper] España: IESE Business School-Universidad de Navarra; 2012. Disponible en <http://www.iese.edu/research/pdfs/OP-0199.pdf>
3. Pérez Sanz, FJ, Gargallo Castel, A. Gestión, desarrollo y aplicación de la responsabilidad social en entidades de economía social: el caso de las cooperativas. CIRIEC-España, *Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa* [Internet]. 2005; (53):305-332. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17405318>

## Capítulo 6

### Problemas y consultas legales comunes

*David Willy Ruiz Vela*

#### 6.1. Necropsia

**¿Es lo mismo una necropsia clínica que una necropsia médico legal?**

No. La necropsia médico legal se realiza cuando existe sospecha de criminalidad por cualquiera de las partes involucradas. Se requiere la disposición del fiscal o la orden de un juez de la zona o del juez de turno en la provincia que disponga u ordene la realización de ésta. El documento puede ser tramitado por la policía mediante un oficio. Así exhortamos a los serumistas tomar en cuenta este dato importante de darse tal situación.

**¿Es lo mismo una autopsia que una necropsia?**

Sí. Son lo mismo, el prefijo *auto-* se refiere a uno mismo; es decir, el ser humano se estudia (se ve) anatómicamente a sí mismo. La denominación *necro-* se refiere a que se estudia (se ve) un cadáver.

**¿Quién puede pedir la realización de la necropsia médico legal?**

El fiscal a cargo de la investigación, entiéndase, la fiscalía de turno, la fiscalía provincial. También un juzgado; en cualesquiera de las instancias, deben ser informadas de la manera más oportuna y veraz posible.

**¿Los policías pueden solicitar una necropsia médico legal?**

No. A veces pareciera que sí, pero el oficio siempre es remitido por disposición del Ministerio Público (Fiscalía). La función de los policías es cumplir las disposiciones fiscales. En caso contrario es inválido. Si

la Policía lo solicita, comuníquese con la Fiscalía de turno o la Fiscalía provincial para la aclaración. Es deber del serumista solicitar que se le envíe la documentación donde se nombra la autoridad que dispone u ordena (bajo ningún caso puede ser la Policía).

**¿Los administrativos (directores, gerentes, jefes) de instituciones como Minsa, EsSalud, FF. AA., PNP pueden solicitar una necropsia médico legal?**

No. Si se lo piden, acceda en espera de la solicitud por escrito (ya que así puede ir avanzando, pero siempre el pedido debe ser regularizado mediante una solicitud formal). Luego comuníquese con la Fiscalía de la zona y manifieste la irregularidad del caso. Sométase a la Fiscalía o al juez, pida el documento escrito siempre.

**¿En qué circunstancia los policías podrían pedir una necropsia médico legal?**

La Policía solo puede tramitar la disposición fiscal y consignar en su oficio el nombre del fiscal a cargo de la investigación y el número de disposición u orden en el que el juez local o fiscal dispone u ordena su ejecución (necropsia médico legal). Ante cualquier otro tipo de situación, el serumista debe actuar como ya se señaló anteriormente.

**¿Es lo mismo una orden que una disposición?**

No. El juez es el que ordena y el fiscal es el que dispone (el médico solo da indicaciones, jamás órdenes, no existe el término orden de hospitalización, es un invento administrativo, entre otros que usan la palabra orden). Es por ello que debe mantenerse lo mejor y mayor informado posible.

**¿En qué circunstancias, como las descritas abajo, me puedo negar a realizar la necropsia médico legal?**

- a) *Cuando no esté en servicio médico (turno regular, guardia o retén).*  
Respuesta: Si no hay otro médico en la zona, **no se puede negar**. Si le solicitan la realización de la necropsia luego de haber terminado

su jornada laboral, debe emitir un documento consignando lo siguiente (siempre la verdad):

- 1) Que se encuentra agotado(a) por lo que la calidad de su atención está disminuida y que pone en conocimiento para deslindar las responsabilidades de ser el caso. De ser verdad. Recuerde que una necropsia nunca es una emergencia, puede esperar 6 u 8 horas, no va a cambiar la causa de la muerte. También es cierto que entre más pronto se realice, más precisión podrá alcanzar un médico altamente calificado.
- 2) Que antes de iniciar, debe informar los requerimientos, no debe exponerse y realizar el proceso sin el debido procedimiento. Recuerde que siempre existirán dos partes interesadas; sea lo que resulte, una de ellas no aceptará su conclusión y buscará rebatirla. De ser el caso:
  - Toma de rayos X para evaluar lesiones por proyectil de armas de fuego y fracturas.
  - Petición de un biólogo para que tome muestras de secreción (anal o vaginal), carrillo dental y sarro subungueal; con las facilidades logísticas para que estas sean acondicionadas, embaladas, preservadas y examinadas en el microscopio por los biólogos forenses más cercanos a la localidad. Además, el biólogo tendrá que tener los frascos para la toma de muestra de tejidos (cerebro, hígado, estómago) y del contenido gástrico para la evaluación idónea desde el punto de vista toxicológico (mantener en frío la muestra y no dejar aire libre en los frascos). En muchos lugares no habrá un biólogo cerca, usted puede tomar las muestras, lacrarlas y entregarlas a la autoridad a cargo de la investigación (no a la Policía), acompañadas de un documento y una copia firmada que deje constancia de lo recibido. El documento describirá el lugar del cuerpo de donde se tomó la muestra (o las muestras), el contenido, volumen

aproximado, aspecto, tipo de envase. Ponga en letras lo que entrega; por ejemplo, frasco de boca ancha, circular, diámetro por centímetros, blanco opaco, o traslúcido, porcentaje de llenado (debe ser 100 %). Si deja aire, los elementos volátiles se saldrán de la muestra y perderán idoneidad. Los médicos no podemos manifestar ignorancia en cosas básicas. Siempre una de las partes lo puede denunciar, aduciendo que el procedimiento fue inadecuado o fue producto de un acuerdo con la otra parte. Es decir, no se debe presuponer nunca la buena fe, como en el acto médico asistencial. En los asuntos médico-legales, ni la fe, ni la intención, ni la opinión valen, solo sirven las pruebas. La necropsia es la prueba con más poder, siempre que esté bien realizada.

- La logística para las muestras de sangre de vena femoral, intracardiaca y de cavidad peritoneal (si hubiera), para evaluar alcoholes y tóxicos, deben ser tomadas en frascos diferentes y rotulados. Las muestras deben mantenerse frías (en contenedores para cadena de frío) hasta su evaluación en el laboratorio.
- Además, de ser necesario y disponer del fluido, se deben tomar muestras de humor vítreo (punzar con una aguja de 10 cm cúbicos el ojo desde el lado lateral hasta que la punta de la aguja esté en el centro de la esfera del globo ocular) y orina (antes de cortar la vejiga para el estudio debe punzarse y no dejar aire dentro de la jeringa). También se remitirá para estudio de tóxicos y alcoholes.
- La coordinación no está a cargo del médico, su obligación es informar y señalar lo que él requiere para que se dé cumplimiento a aquello que la autoridad competente (juez o fiscal) está disponiendo u ordenando. El médico **no puede negarse a ejecutar, incluso sin tener las condi-**

**ciones del caso**, pero debe tener el cargo del documento con el que informó los requerimientos (con fecha y hora) y el oficio adicional en el cual la autoridad (juez o fiscal) dispone u ordena que se realice la necropsia médico legal sin contar con lo que el médico ya comunicó que se requería.

- b) *Cuando otro médico con mayor calificación o alguna experiencia en necropsias está disponible en la localidad o cerca de la misma*, entonces se debe comunicar esta circunstancia (al juez o al fiscal). **No puede negarse a ejecutar incluso sin tener la experiencia del caso**, pero debe tener el cargo del documento con el que informó la ausencia de experiencia (con fecha y hora) y que existía un médico con experiencia en la localidad o cerca a esta. Es necesario otro oficio adicional en el cual la autoridad (juez o fiscal) dispone u ordena que se realice la necropsia médico legal haciendo suya (o dándose por enterado de) las circunstancias o limitaciones.
- c) *Si no se cuenta con los datos de las circunstancias de fallecimiento o algún documento legal que oriente en el caso*. **No puede negarse a ejecutar incluso sin contar con ninguna información del caso**, pero debe constar en el informe de la necropsia que no disponía de la escena de los hechos, circunstancias del fallecimiento, historia clínica, etc.
- d) Cuando no tenga los materiales o logística adecuada. Desarrollado en el punto a), sección 2.
- e) *Cuando no sea una situación de emergencia*. Este término regularmente está fuera de contexto; la necropsia no es una emergencia médica. Las emergencias médicas son cuando la vida se encuentra en peligro; sin embargo, hay que considerar el aspecto médico legal. Las únicas emergencias médico legales son aquellas relacionadas con violencia sexual, investigación de torturas, malos tratos e inhumanos, y las tomas de muestra de sangre para alcoholemia.

## ¿Existirá algún formato que pueda guiar al serumista para realizar la necropsia médico legal?

No existe una ley que norme un formato. Hay uno que usa el Ministerio Público. Podría buscar el formato de necropsia de la unidad médico legal más cercana a su localidad de trabajo. Recuerde que siempre existirán otros médicos asesorando a las dos partes conflictuadas, buscando sus errores. Para disminuir estos, en el siguiente punto le anexamos un modelo.

### 6.1.1. Modelo de informe de necropsia

La siguiente es una guía básica que orientará al médico joven y le servirá a modo de ayuda, pero no debe limitarlo. En una necropsia realizada días después del fallecimiento, ciertas cosas no se podrán precisar. Coloque este término: «**No se puede precisar por estado de putrefacción avanzada**». Hay casos en los que al cadáver se le aplicó formol, dependerá de la cantidad de esta sustancia para la preservación. Por otro lado, también casos como la saponificación, entre otros fenómenos espontáneos *post mortem*, preservan zonas importantes. En muchos de estos también sucede una combinación de situaciones. Sea cual fuese la razón, fotografíe, obtenga muestras para el estudio microscópico y realice una filmación con varios niveles de acercamiento. Esto último es para que nadie dude de que el registro es de quien se dice que es. Recuerde que todos nos parecemos más (o nos diferenciamos menos) por dentro, anatómicamente hablando. No olvide colocar un código impreso en un papel (a manera de un pequeño letrero, de 3 x 1.5 cm podría ser suficiente. El letrero tendrá que ser de diferente tamaño si el cadáver es de 900 gramos o de 90 kilos; el criterio es que identifique la toma, no que la tape) en el cual señale lo que hará en cada toma fotográfica o video.

PUEDE SER QUE USTED SOLO ESTÉ DE MÉDICO PERITO POR ALGUNA DE LAS PARTES. ES FUNDAMENTAL QUE TOMÉ LA MAYOR CANDIDAD DE FOTOS QUE PUEDA, LE SERVIRÁ PARA CUESTIONAR DE SER NECESARIO LO QUE EL MÉDICO LEGISTA DEL ESTADO CONSIGNE.

## INFORME DE NECROPSIA MÉDICO LEGAL

**N.º:** (codificarlo asignándole un número que pueden ser los números juntos de la fecha y hora, con las siglas del pueblo donde se realizó).

### Datos del fallecido

**Tipo de resto:** (segmento corporal, cuerpo entero, huesos, hallazgo de una zona, en un área del terreno puede haberse puesto más de un cadáver o algunos segmentos pueden corresponder a otros cuerpos).

**Identificado:** Sí ( ) No ( ) ... (ya sea por el DNI, la Policía, el oficio que lo acompaña, consigne la modalidad de identificación de consignar el sí).

**Datos personales:** (de haber consignado el acápite anterior como NO, deberá colocar la frase NO SE DISPONE DE LA INFORMACIÓN, en varios de los acápites siguientes; asegúrese de colocar en la muñeca del cadáver una pulsera con el mismo número de la necropsia, un pequeño papel en una bolsa plástica transparente doblada varias veces, como preservando el papel, asegurando el letrero a la muñeca o segmento corporal a necropsiar con una cuerda o cordón).

Nombre(s): \_\_\_\_\_

Apellido paterno: \_\_\_\_\_

Apellido materno: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad aproximada: \_\_\_\_\_

Documento de Identidad N.º \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ (consignar mestiza salvo haya evidencia manifiesta de otra como la negra, china, aria etc.); también podrá consignar como NO IDENTIFICABLE, por haber sido amputada el área genital; en el estado de putrefacción o carbonización es mejor no definir la raza. En el Perú, la mayoría somos mestizos o mestizos con rasgos negroides, caucásicos, asiáticos.

Estado civil: \_\_\_\_\_ Grado de instrucción: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Antecedentes patológicos: \_\_\_\_\_

Fecha y hora de ingreso: (se refiere a la hora que ingresó el cadáver al lugar en donde se realizará la necropsia; si no le consta, colóquelo con la frase SEGÚN REPORTE DE \_\_\_\_\_ SEGÚN OFICIO \_\_\_\_\_ SEGÚN LIBRO DE INGRESOS \_\_\_\_\_)

### Datos de interés

(De no tenerlos consigne NO SE DISPONE DE INFORMACIÓN)

*Entidad que realiza el levantamiento*

( ) Fiscalía y/o juzgado ( ) PNP ( ) IML

*Lugar del hecho*

País: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_

Urb. / AA. HH. / PP. JJ.: \_\_\_\_\_

Tipo de vía: \_\_\_\_\_

Av. / Calle: \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_\_

*Lugar del fallecimiento*

País: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_

Urb. / AA. HH. / PP. JJ.: \_\_\_\_\_

Tipo de vía: \_\_\_\_\_

Av. / Calle: \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_\_

*Documentos recibidos al ingreso*

Acta de levantamiento Fiscal o Judicial ( ) Historia clínica ( )

Levantamiento policial ( ) Levantamiento médico legal ( )

Epicrisis ( ) Procede de servicio de salud: Sí ( ) No ( )

Procede de servicio de salud: Sí ( ) No ( )

\_\_\_\_\_

### Datos generales

Autoridad que solicita la necropsia:  
(Ejemplo) (Número de la fiscalía con el nombre completo de ésta)

\_\_\_\_\_

Nombre de la autoridad titular:  
(Nombre completo del fiscal solicitante)

\_\_\_\_\_

Motivo de solicitud de necropsia:  
(Ejemplo) Necropsia de Ley, Exhumación: copiar lo del oficio (no interprete) lo que motiva el procedimiento.

\_\_\_\_\_

N.º de oficio de internamiento: (Ejemplo) (Número de oficio con que llega el cadáver)

\_\_\_\_\_

Persona que transporta el cadáver: \_\_\_\_\_  
(Ejemplo) José Pérez  
Cargo: (Ej.) Suboficial de segunda...

### Necropsia

Practicado por: Médico cirujano \_\_\_\_\_

Colegio Médico N.º \_\_\_\_\_

Autoridades presentes: (Ej.) Fiscalía (identifique la fiscalía y el nombre completo del fiscal).

De estar presente el personal de la Policía, de igual forma identifique.

*Técnico de apoyo:*

En todas las localidades hay un personal que ayuda a las necropsias. Use su experiencia, no compita. Puede incluso parecerle un carnicero, pero conoce las cavidades corporales mejor que usted. Use con criterio médico su experiencia.

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha y hora de inicio de la necropsia: \_\_\_\_\_

## Descripción de prendas de vestir

### *Prendas de vestir*

– Tipo de prenda: (Ej.) Pantalón Color: (Ej.) Azul Material: (Ej.) Algodón.

No pretenda ser preciso con el color, más aún si está la ropa sucia; puede consignar la frase CON TIERRA... SUCIA, y para el color puede consignar la terminación INO, ejemplo AZULINO. Para el material, la mayoría son sintéticos, de no serlo, infórmese de la etiqueta o de su conocimiento. No especule, puede usar el recurso, DE ASPECTO... (ALGODÓN).

Use las etiquetas de las prendas para identificarlas, de no existir, consigne la frase, SIN ETIQUETA.

Descripción: (Ej.) Torso desnudo.

### *Objetos*

- Tipo de objeto: (Ej.) Bolsa Color: (Ej.) Rojizo Estado: (Ej.) Conservado.

Para el color, recurra al término azulino, rojizo, blanquecino etc.; usted no es experto en colores y estos se pueden ver diferentes con diferentes luces.

Descripción: (Ej.) Cadáver con torso desnudo al interior de una bolsa sintética color negro con la inscripción «Encomienda».

## Fenómenos cadavéricos

### *Fenómenos oculares:*

Pupilas: (Ej.) (Medir con precisión en milímetros diámetro derecho e izquierdo) en los traumas y enfermedades del segmento cabeza, generalmente difieren; en las causas tóxicas, son similares.

Córneas: (Ej.) (transparente u opaco), si no es transparente, siempre será opaco; puede precisar el nivel de opacidad, siempre describiendo, no calificando: Córnea opaca que imposibilita la observación del iris.

Tensión: (Ej.) (Hipotónico. El tono normal de la córnea es parecido al tono de la eminencia tenar con la mano empuñada), en pocos casos está hipertónica.

Observaciones: (Ej.) Párpados abiertos (Aniso coria, larvas de mosca o mancha parda en la parte lateral de ambos ojos).

La parte lateral de los párpados se laxa primero que la parte medial, por eso la parte lateral de la esclera transparentará la úvea antes, observándose oscura primero.

*Livideces:* (es el escurrimiento por declive de la sangre que llena los vasos sanguíneos; en el declive, de no moverse el cadáver, se fijan a las 12 horas. Son modificables antes. Establecer la ubicación y el color. Normalmente son violáceas. Rojizas en el envenenamiento con CO<sub>2</sub>). Siempre consigne la zona o área del cuerpo que se está describiendo, va a ser muy útil en el análisis de la posición de los segmentos corporales y de las movilizaciones *post mortem*.

La lividez no debe confundirse con el aspecto rojizo del envenenamiento con CO<sub>2</sub>. Como ejemplo, siempre en los casos de color general en declive y zona de no declive. No serán livideces, salvo varias movilizaciones del cadáver.

Dorsales: (Ej.) Presenta o no presenta.

Ventrales: (Ej.) Presenta o no presenta.

Laterales derechos: (Ej.) Presenta o no presenta.

Laterales izquierdos: (Ej.) Presenta o no presenta.

En pantalón: (Ej.) (Estas son típicas de los colgamientos y más típicas aún de los ahorcamientos) Presenta o no presenta.

Observaciones: (Ej.) Sin livideces o cianosis marcada.

Putrefacción: (Ej.) Incipiente, temprana o extrema.

Observaciones: (Ej.) Rigideces diferenciadas por lateralidad. Espasmo cadavérico.

*Rigidez:*

Mandíbula: (Ej.) Instalado o no instalado.

Cuello: (Ej.) Instalado o no instalado.

Miembros Sup.: (Ej.) Instalado o no instalado.

Miembros Inf.: (Ej.) Instalado o no instalado.

Observación: (Ej.) Rigidez generalizada o ausente. No evaluable por congelamiento o refrigeración temprana.

*Temperatura* (usar termómetro especial, no el clínico. Solicitarlo al llegar al Centro de salud, con la formalidad documentaria: Se solicita termómetro para medir temperatura ambiente y de cadáver de ser necesario. No use el termómetro clínico, este solo registra temperaturas compatibles con la vida.) De no contar con termómetro especial, registre NO SE CUENTA CON TERMÓMETRO AMBIENTAL: (Ej.) en grados centígrados y decimales.

Cadavérica hepática: (Ej.) en grados centígrados. (La punta del termómetro va debajo del hígado por unos tres minutos.)

Observaciones: (que puedan haber modificado la temperatura) (Ej.) Cadáver encontrado en el sol, dentro de un auto, luego de un incendio.

Un cadáver generalmente tiene una temperatura menor que 37 grados, pero esta puede ser mayor, debido a que va adquiriendo la temperatura del ambiente; de tal forma que si el cadáver es encontrado dentro de un auto cerrado expuesto al sol radiante, puede estar incluso a más de 45 grados. Sólo debe consignar los hallazgos.

*Fauna y flora cadavérica:* (Ej.) Ausente o Presente (las larvas, de estar presentes, retirarlas con un baja lenguas, con delicadeza embalarlas (guardarlas) en formol para estudio y rotular con el mismo número de necropsia y consignar el lugar de donde fue obtenida. Ej. ÁNGULO INTERNO DE OJO DERECHO).

Tiempo aproximado de muerte: (En lugares como Lima, en un cadáver con ropa no expuesto a la intemperie, la temperatura baja medio grado por hora; este dato debe preguntarlo apenas llegue al centro salud al médico legista más cercano que conozca el promedio de temperatura de la zona. Recordar que, si la temperatura ambiente es más de 37 grados, puede aumentar la temperatura del cuerpo después de fallecer).

### I) Examen externo

Talla: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_

*Tipo constitucional:* (Ej.) (Robusto, obeso, delgado, caquético)

Observación: (Ej.) \_\_\_\_\_

*Características identificadoras:* (Ej.) Tatuajes ( ) Cicatrices ( ) Nevos ( )  
Deformidades ( )

Observaciones: (Ej.) Describir el tamaño, longitud, forma y color de los signos más resaltantes o de las características identificadoras.

De no disponer de instrumentos para medir y pesar, consigne NO SE DISPONE DE BALANZA, NO SE DISPONE DE CINTA MÉTRICA. Esto último es cuestionable, pero puede pasar.

Puede agenciarse de la balanza en un centro de venta de abarrotes; una grande, que se usa para pesar costales, le servirá para pesar un cuerpo; una pequeña, para pesar kilos, le servirá para pesar los órganos en forma independiente.

Para tallar, de disponer de cinta métrica, coloque una madera en el vértex y otra en los talones, ambas paralelas; esto no requiere de tecnología.

### *Piel*

Características: (Ej.) (Tibia o fría, color y grado de palidez)

### *Cabeza*

Forma: (Ej.) Mesocráneo (mediano) Dolicráneo (alargado) Braquicráneo (protuberante).

(Definir si existe presencia de masa o depresión), se sugiere usar los términos descriptivos más que los calificativos.

Color de cabello: (Ej.) Características: (Ej.) (Si tiene cicatrices en el cuero cabelludo. Tipo: lacio, ondeado u ondulado. Cantidad de cabellos: abundante, escaso o alopecia).

Tipo facial: (Redonda, alargada o aplanada) Características: (Pómulos resaltantes o no. Presencia de cicatrices. Color)

Ojos (color): (Ej.) Características: (Ej.) (Tamaño de pupilas. Color de escleras. Tipo de párpados, con pliegues múltiples, lisos, grandes, que tocan las pestañas. Presencia o no de pestañas)

Nariz (tamaño): (Ej.) (Pequeña, mediana o grande) Características: (Ej.) (Forma. Presencia o no de deformaciones. Simétrica o asimétrica)

Boca (tamaño): (Ej.) (Pequeña, mediana o grande) Características: (Ej.) (Labios delgados o gruesos)

La calificación del tamaño de nariz y boca podría ser difícil; podría asegurarse con la foto que se tiene en la necropsia de más de un ángulo; apóyese en el recurso VER REGISTRO FOTOGRAFICO, tome la foto con una regla de referencia y colocar, además, el código asignado al cadáver. Lo facilita si pega un papel pequeño en la regla.

Dentadura: (Ej.) (Ausencia o no de piezas dentarias. Estado de las encías. Descripción de la lengua)

Orejas (tamaño): (Pequeña, mediana o grande) Características: (Ej.) (Simétricas o no)

### *Cuello*

Tamaño: (Pequeño, mediano o grande)

Características: (Ej.) (Simétrico o no. Forma. Presencia o no de masas o nódulos)

Observaciones: (Ej.) (Si se presentan hematomas o cicatrices)

### *Tórax*

Forma: (Ej.) (Simétrica o asimétrica) Alteraciones: (Ej.) (Presencia o no de masas)

### *Abdomen*

Forma: (Ej.) (Plano, globuloso, blando o con depresión) Características: (Ej.) (Simétrico o asimétrico).

Alteraciones: (Ej.) (Presencia o no de lesiones)

Cordón umbilical (Ej.): Sí (x) No ( )

El cordón umbilical puede estar impregnado de meconio, cuando el líquido meconial mancha el cordón; si al lavarlo con agua la mancha sale, significa que no está impregnado y que el feto defecó en un momento final del parto, con lo que podrá asegurar la ausencia de sufrimiento fetal crónico.

### *Pelvis*

Forma: (Ej.) (Simétrica o asimétrica)

Alteraciones: (Ej.) (Si presenta lesiones o no)

### *Genital femenino*

Características: (Ej.) (Descripción del monte de venus, labios internos y externos)

Contenido vaginal: (Ej.) (Si presenta o no). Siempre tome muestras con un hisopo largo, de los que se usan en ginecología. Himen: (Ej.) (Con o sin lesiones) De existir lesiones, retire completamente la vulva incluyendo el himen. Por seguridad, envíe el bloque completo a estudio anatómo patológico. Si hubiera posibilidad de que sea un caso de agresión sexual, igualmente envíe el bloque completo.

### *Región anal y perianal*

Características: (Ej.) (Año hipotónico). Repliegue perianal en horas V, VI, VII y VIII. Con o sin lesiones). Proceda en forma similar a lo descrito para el himen.

### *Miembros superiores*

Características: (Ej.) (Simétricos o asimétricos. Eutróficos. Lechos ungueales pálidos o cianóticos. Con o sin lesiones. Presencia o no de nevis)

De existir lividez en lechos ungueales, podría confundirse con la cianosis, esta última aparece además en los labios de la boca. La lividez solo indica lo que ya se describió para la piel.

### *Miembros inferiores*

Características: (Ej.) (Simétricos o asimétricos. Eutróficos. Lechos ungueales pálidos. Con o sin lesiones. Presencia o no de nevus)

Los detalles son similares a lo descrito en el acápite anterior.

**II) Examen interno***Cabeza*

Bóveda: (Ej.) (Con o sin alteraciones óseas. Presencia o no de lesiones)

Cuero cabelludo: (Ej.) (Describir cicatrices, de existir)

Base craneal: (Ej.) (Con o sin alteraciones óseas)

Meninges, duramadre y aracnoides: (Forma y consistencia de las meninges. Presencia o no de granulaciones aracnoideas)

Encéfalo: Peso: (Ej.) Medidas: (Ej.) Descripción: (Ej.) (Tamaño. Tipo de superficie. Tipo de consistencia. Con o sin lesiones)

Para reconocer la herniación de las amígdalas, tiene que ver un gráfico, y verificar si estas presionan el tronco encefálico y producen parálisis respiratoria.

Vasos: (Ej.) (Paredes delgadas o engrosadas. Colapsados o no. Describir presencia de trombos)

Macizo facial: (Ej.) (Con o sin lesiones)

Recuerde siempre que las lesiones, de cualquier estructura se describen aparte. En el acápite de LESIONES.

*Cuello*

Columna cervical: (Ej.) (Presencia o no de lesiones. Simétrica o asimétrica)

Faringe: (Ej.) (Describir la integridad. Presencia o no de lesiones)

Esófago: (Ej.) (Describir la integridad y la mucosa. Presencia o no de lesiones)

Laringe: (Ej.) (Simétrica o asimétrica. Permeable o no. Descripción de la mucosa. Con o sin lesiones) con contenido. Si hay, tome muestra con un hisopo; este va a un tubo de prueba para su transporte y con una paleta (fragmento de baja lengua); esta última, para extendido en lámina, preservarla en alcohol en el tránsito para que un biólogo la examine.

Glotis: (Ej.) (Permeable o no. Con o sin lesiones)

Epiglotis: (Ej.) (Describir la integridad y la mucosa. Con o sin lesiones)

Híodes: (Ej.) (Describir la integridad. Presencia o no de lesiones)

Tráquea: (Ej.) (Describir la integridad. Presencia o no de lesiones)

Tiroides: Medidas: (Ej.) Características: (Ej.) (Describir el tamaño, superficie y consistencia)

Vasos: (Ej.) (Describir la integridad. Presencia o no de estrías).

Las estrías son depósitos de colesterol, estas al unirse formarán la placa, la cual al crecer va a ir obstruyendo el flujo. De encontrar placas, describa el diámetro menor de la luz de vaso, esta es un área crítica para la circulación cerebral. Aplique este concepto a todos los vasos que describa.

*Tórax*

Columna dorsal y parrilla costal: (Ej.) (Con o sin lesiones)

Pleuras y cavidades: (Ej.) (Describir forma y tamaño)

Mediastino: (Ej.) (Presenta o no infiltrado hemorrágico)

Timo: (Ej.) (Con o sin lesiones)

Pulmón derecho: Peso: (Ej.) Medidas: (Ej.)

Pulmón izquierdo: Peso: (Ej.) Medidas: (Ej.)

Características: (Ej.) (Describir el aumento o disminución de peso y volumen)

Riñón derecho: Peso: (Ej.) Medidas: (Ej.)

Riñón izquierdo: Peso: (Ej.) Medidas: (Ej.) Características: (Ej.)  
(Tipo de consistencia y color. Describir cápsula. Con o sin lesiones)

Pericardio (contenido): (Ej.) (Describir el contenido. Presencia o no de infiltrado hemorrágico y lesiones)

Corazón: Peso: (Ej.) Medidas: (Ej.)

Características: (Describir tamaño, forma, color, consistencia y superficie. Presencia o no de lesiones)

Válvula (tamaño): (Ej.) Aórtica: Mitral: Tricúspide:  
Pulmonar:

Características: (Ej.) (Permeables o no. Presencia o no de malformación y lesiones)

Las válvulas se miden luego de cortarlas y extenderlas, es decir, registre la longitud, no el diámetro; el corazón cadavérico varía en los diámetros en comparación con el de los vivos.

Paredes ventriculares (tamaño): Derecha: (Ej.) Izquierda: (Ej.)

La pared ventricular se mide de epicardio a endocardio. No considere la cuerda tendinosa. Características: (Ej.) (Congestiva o no. Describir el aspecto).

La zona congestiva se entiende como infarto reciente; cuando se pone ligeramente opaca y no brillante, podría ser un infarto agudo. El reciente puede ser parte de hallazgos en una muerte, el agudo puede ser la causa de la muerte.

Arteria aorta/pulmonar: (Ej.) (Presencia o no de placas)

Arterias coronarias: (Ej.) (Permeables o no. Muestra o no contenido de sangre)

*Abdomen -Pelvis*

Columna lumbosacra y esqueleto pélvico: (Ej.) (Presencia o no, de alteraciones y lesiones)

Pared peritoneal: (Ej.) (Descripción de la integridad. Presencia o no de alteraciones y lesiones)

Diafragma: (Ej.) (Descripción de la integridad. Presencia o no de alteraciones y lesiones)

Epipones: (Ej.) (Descripción de la integridad. Presencia o no de alteraciones y lesiones)

Mesenterio: (Ej.) (Descripción de la integridad. Presencia o no de alteraciones y lesiones)

Estómago: (Ej.) (Tipo de distensión y serosa. Presencia o no, de contenido gástrico y mucoide. Con o sin lesiones)

Intestino delgado: (Ej.) (Descripción de asas tubulares, distensión y serosa. Presencia o no de lesiones)

Intestino grueso: (Ej.) (Descripción de asas tubulares, distensión y serosa. Presencia o no de lesiones)

Apéndice: (Ej.) (Tamaño y forma. Con o sin lesiones)

Hígado:                      Peso: (Ej.)                                      Medidas: (Ej.)

Características: (Ej.) (superficie irregular pétreo)

Describir color. Presencia o no de lesiones)

Vesícula y vías biliares: (Ej.) (Describir distensión y serosa. Presencia o no de litiasis)

Bazo:                                      Peso: (Ej.)                                      Medidas: (Ej.)

Características: (Ej.) (Tamaño, color y consistencia. Con o sin lesiones)

Páncreas:                                      Peso: (Ej.)                                      Medidas: (Ej.)

Características: (Ej.) (Tamaño, color y consistencia. Con o sin lesiones)

*Aparato genital femenino*

Útero: Peso: (Ej.) Medidas: (Ej.) Características: (Ej.)  
(Describir tamaño, color, consistencia y superficie. Presencia o no de lesiones)

Cavidad endometrial: (Ej.) (Ocupada o no)

Características: (Ej.) (Describir la vacuidad)

Ovario derecho: Medidas: (Ej.)

Ovario izquierdo: Medidas: (Ej.)

Características: (Ej.) (Tamaño y superficie. Con o sin lesiones).

Mida los diámetros mayores en el corte medial del órgano, el cuerpo amarillo es ovalado, casi siempre amarillo, mientras no esté la placenta en formación en el útero.

**III) Lesiones traumáticas**

\* (Ej.) *AL EXAMEN DEL CÁDAVER EN POSICIÓN ANATÓMICA*

Cabeza: (Ej.) (Describir lesiones de acuerdo con tipo, color, tamaño, medidas y ubicación)

Miembros Superiores: (Ej.) (Describir lesiones de acuerdo con tipo, color, tamaño, medidas y ubicación)

Miembros Inferiores: (Ej.) (Describir lesiones de acuerdo con tipo, color, tamaño, medidas y ubicación)

\* (Ej.) SIGNOS CONSTITUTIVOS DE ACTO QUIRÚRGICO (DE EXISTIR):

Incisiones, tamaño, ubicación, cantidad de puntos, material de puntos (nylon, vicryl, seda, etc.), región o regiones. Al abrir, tomar fotografías por pasos y describir.

\*\* (Ej.) PRESENTA SIGNOS COMPATIBLES CON MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA Y AVANZADA, CONSISTENTES EN:

(Ej.) Equimosis roja violácea de 25 x 21 cm. que abarca región esternal y pectoral izquierda.

(Ej.) 2 quemaduras lineales de 2do grado superficial. Color pardo amarillento que circunscriben un área cuadrangular incompleta en un área total de 9 x 8 cm en la región esternal tercio distal.

(Ej.) Fractura cerrada completa no desplazada del esternón, en sentido transversal a nivel del 3er espacio condroesternal bilateral. Presenta filtrado hemorrágico rojo oscuro en partes blandas.

No siempre se ve la forma rectangular de la placa de reanimación en forma completa, pueden existir superposiciones de las quemaduras lineales. La fractura esternal puede incluso producir un infiltrado hemorrágico superficial en la punta cardiaca o en la pared anterior. Esto nunca es la causa de la muerte.

#### IV) Datos referenciales

\* (Ej.) Se recibe la siguiente documentación:

1. (Ej.) Oficio N.º000-2050-DIRINI PEN/DIVNHO-DEPINE-H1 de fecha 18/01/2050, con firma y posfirma del Comandante PNP Johnny Pacheco Costa, jefe del departamento de investigaciones especiales; por disposición del Dr. Raúl Castro Castro, fiscal titular de la 8va FPPTL.
2. (Ej.) Acta Fiscal de Levantamiento de Cadáver realizada por el Dr. \_\_\_\_\_, fiscal adjunto provincial del \_\_\_\_\_ de fiscales (del lugar).
3. (Ej.) Resumen de historia clínica del Hospital \_\_\_\_\_ Departamento de \_\_\_\_\_. Servicio.
4. (Ej.) Informe de diligencia especial de levantamiento de cadáver y/o restos humanos de \_\_\_\_\_, con firma de \_\_\_\_\_.

\*\* (Ej.) Sin peritos policiales durante la necropsia. Realizada con (o sin) la presencia del señor fiscal (nombre) o autoridad que presencio el acto.

#### V) Exámenes solicitados

(Ej.) N.º DE SOLICITUD: 123456789

*BIOLOGÍA* (Ejemplos)

(Ej.) Responsable: (Nombre del biólogo que toma o recibe la muestra tomada, de ser lo último debe firmar esta parte del informe de necropsia consignando fecha, hora, firma y posfirma, colocando la palabra recibido)

Exámenes	Muestras	Tipo	Cantidad
Sífilis	Sangre	Fluidos	1
HIV	Sangre	Fluidos	1
Hepatitis C	Sangre	Fluidos	1
Biológico	Hisopado bronquial	Fluidos	1
	Líquido pleural	Fluidos	1
Hepatitis B	Sangre	Fluidos	1

*DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES* (Ejemplos)

(Ej.) Responsable: (Nombre del técnico radiólogo o radiólogo que toma o recibe la radiografía; de ser lo último, debe firmar esta parte del informe de necropsia y consignar fecha, hora, firma y posfirma)

<b>Exámenes</b>	<b>Muestras</b>	<b>Tipo</b>	<b>Cantidad</b>
Radiología	Tórax	Cadáver completo	1

*ESTOMATOLOGÍA* (Ejemplos)

(Ej.) Responsable: Nombre del odontólogo (si participó) que toma muestras o ejecuta procedimientos. De ser lo último, debe describir el procedimiento realizado; por ejemplo:

<b>Exámenes</b>	<b>Muestras</b>	<b>Tipo</b>	<b>Cantidad</b>
Peritaje de lesiones	Cadáver completo	Cadáver completo	1
Odontograma	Cadáver completo	Cadáver completo	1

*PATOLOGÍA* (Ejemplos)

(Ej.) Responsable: (Nombre de la persona que recibe la muestra tomada; de ser lo último, debe firmar esta parte del informe de necropsia, además de consignar fecha, hora, firma y posfirma, colocar la palabra recibido)

<b>Exámenes</b>	<b>Muestras</b>	<b>Tipo</b>	<b>Cantidad</b>
	Hipófisis	Pieza completa	1
Examen histopatológico	Colón	Fragmento	1
	Aparato laringotraqueal	Fragmento + tiroides	1
	Estómago	Fragmentos	3
Examen citológico	Líquido pleural	Fluidos	1
	Secreción pulmonar	Fluidos	1
	Pulmón	Fragmentos	7
Examen citopatológico	Intestino delgado	Fragmento	1
	Útero y anexos	Fragmento	1
	Piel	Fragmento	1
	Cerebelo y tronco encefálico	Fragmento	1

**\* TOXICOLOGÍA (Ejemplos)**

(Ej.) Responsable: (Nombre del biólogo que toma o recibe la muestra; de ser lo último debe firmar esta parte del informe de necropsia y consignar fecha, hora, firma y posfirma, colocar, además, la palabra recibido).

**Sangre**

Sacar sangre en jeringas de vena femoral, intracardiaca, de cavidad (de haber). No dejar aire en la jeringa. Pedir viales para poder dosar alcoholemia en el laboratorio más cercano a la jurisdicción de trabajo. La muestra debe rotularse y mantenerse fría durante el transporte hacia el laboratorio. Debe sacar una muestra para alcohol en sangre y otra para tóxicos en sangre. Si el cadáver ha tenido un shock hipovolémico, puede que no haya sangre disponible, entonces será obligatorio obtener muestras de humor vítreo (punción en el ojo y de la orina).

**Tejidos**

En un frasco de boca ancha y grande llenar medio litro de los siguientes tejidos: cerebro, hígado, estómago y contenido gástrico. No dejar aire libre y enviar el frasco en una caja de tecnopor con hielo. Cerrar el frasco con una cinta de embalaje, firmar y sellar la cinta. Consignar la forma en que se está enviando.

**VI) Perennización de evidencias**

Se realizó perennización de evidencias: Sí ( ) No ( )

Tipo: (Fotografía digital, analógica o celular. Megapíxeles. Se debe colocar un papel al costado de la pieza, órgano o parte del cadáver con un rótulo que contenga el número de DNI, necropsia u otro que lo identifique. Este papel debe tener dibujado los centímetros o acondicionar para que en la fotografía se muestre una regla a fin de tener proporciones del tamaño de la muestra).

Fotográfico: Foto revelado ( ) Digital ( ) Memoria digital ( )

Video: Cinta ( ) Disco compacto ( )

Responsable de capturar la imagen:

Se registró en cuadernillo de gráficos: Sí ( ) No ( )

Observaciones:

---



---

## VII) Diagnóstico de muerte

1. Consignar el diagnóstico que necesariamente sea demostrable macroscópicamente. Por ejemplo, asfixia.
2. El segundo diagnóstico debe colocarse generalmente «en estudio» hasta que se obtengan los resultados de estudio de las muestras.

Agente causante: Solo colocarlo si es demostrable. Por ejemplo, instrumento con filo y punta para una herida cortante punzo penetrante.

Fecha y hora en que culmina la necropsia:

Los campos en los que no se dispone de información no se dejan en blanco, se consignan con el término: **No se dispone de información.**

## 6.2. Reconocimiento médico

### ¿Quién puede pedir la realización del reconocimiento médico?

Mediante un oficio, la puede solicitar el fiscal, el juez de paz, el comisario o policía de la zona

### ¿Qué es un reconocimiento médico?

Es una evaluación médica con carácter de certificación, lo más cercana a un acta notarial (en un movimiento patrimonial).

### ¿En qué circunstancias, como las descritas abajo, se puede negar a realizar el reconocimiento médico?

*No se puede negar a su realización.* Deberá tomar recaudo en las siguientes circunstancias:

- a) Cuando no se encuentre en servicio médico (turno regular, guardia o retén). Respuesta: Si no hay otro médico en la zona, **no se puede negar, pero se puede hacer en las horas siguientes.** Si le solicitan la realización del reconocimiento médico, luego de haber terminado su jornada laboral, deberá coordinar con su jefe para que en horas equivalentes se le compensen las horas usadas, si es que su jefe lo autoriza. Debe comunicarle al juez o fiscal que requiere la autoriza-

- ción del jefe del centro de salud o posta. Si usted es el único médico de la posta, se le compensará en horas equivalentes desde que salió y regresó a casa.
- b) Cuando otro médico con mayor calificación o alguna experiencia en reconocimiento médico está disponible en la localidad o cerca de la misma. Deberá asesorarse, informarse y conversar para que la experiencia del médico de la zona lo enriquezca y lo ayude. De ser necesario, debe comunicarse con el portal del MINSA para alguna asesoría, la página web de medicina legal del Ministerio Público (del Estado) y, por último, también puede revisar [www.medicinaforenseperu.org](http://www.medicinaforenseperu.org); este último, el único portal web privado de medicina forense.
- c) Si no tengo datos de las circunstancias del hecho o algún documento legal que me oriente en el caso. **No puede negarse a ejecutar incluso sin contar con ninguna información del caso**, pero debe constar en el informe del reconocimiento médico que la persona evaluada está limitada a dar información al estar, por ejemplo, en coma, muda, sorda, en shock, etc.
- d) Cuando no tenga los materiales o logística adecuada. **No puede negarse a ejecutar el reconocimiento médico salvo no exista buena iluminación y se explique lo transitorio del caso**. La luz natural siempre será mejor que cualquier iluminación.
- e) Cuando no sea una situación de emergencia. **No puede negarse a ejecutar el reconocimiento médico**, más aún si hay peligro de fuga del inculpaado y si la autoridad sospecha de una incapacidad médico legal de más de treinta días, lo cual configura un delito grave de lesiones (generalmente, son fracturas).

**¿Existirá algún formato con el que pueda guiarme para realizar el reconocimiento médico?**

Sí. Debe consignarse los siguientes datos:

- En la parte superior, la fecha, hora y referencia (consignar el número de oficio de la Policía).

- Los datos serán escuetos; por ejemplo, refiere agresión física por personas que conoce... que identifica o que desconoce: día y hora aproximada de los hechos; además, si recibió atención médica, se consignará la hora, fecha y lugar de la atención. No coloque nombres de supuesto agresor, usted no es el investigador sino el certificador del daño.
- En el examen se considerará, para la descripción, la posición anatómica, la ubicación y el tamaño de las lesiones, el color de las equimosis (violáceas al inicio y termina su evolución con amarillo tenue). Las heridas contusas son frecuentes, las contuso cortantes, generalmente por hacha, son raras; también las hay cortantes; en estas, de ser posible, describa la coleta de entrada y de salida (la de salida siempre es la zona más fina). La lesión puede haber generado un colgajo o la exposición de tejidos profundos (se tendrán que describir). También puede ser que hayan comunicado una cavidad con el exterior (del sistema digestivo u otro).
- Se tendrán que calificar los días de reparación que incapacitan para el trabajo y los días de atención médica. Por ejemplo, si es una herida contusa, requiere de dos a tres días de atención médica y de cinco a diez días de incapacidad médico legal. Ninguna contusión requiere más. Si para usted es más, asegúrese de que así sea. También puede ser otro tipo de lesión. Indique la hospitalización, no se cargue con un problema, como por ejemplo... que requiera drenar un hematoma quirúrgicamente y un vaso de mediano calibre esté lesionado, el reporte operatorio nos dirá qué vaso.

### 6.3. Certificado de nacimiento

**¿Cuáles son los datos mínimos que se debe tener para emitir adecuadamente un certificado de nacimiento?**

Pedir los formatos a la jefatura de salud de la región o zona. Pedir el instructivo o manual vigente al jefe inmediato superior.

**¿Qué hacer en casos de partos domiciliarios para emitir el certificado de nacimiento?**

Hay que marcar el ítem que constata el nacimiento y no que atendió el parto. Paralelamente, apóyese en su historia clínica. De esta, podría obtener datos meses u años después si alguna autoridad se lo solicita.

**¿Hasta qué edad del recién nacido se puede emitir el certificado de nacimiento?**

Dentro de los primeros treinta días. Luego de lo cual se debe informar a los padres que este trámite debe realizarse por la vía judicial, denominándose reconocimiento por filiación; tarea que escapa del quehacer médico.

**¿Cuándo no se debe realizar la emisión de un certificado de nacimiento?**

Cuando a uno no le consta la existencia del lactante de menos de 30 días.

**¿A quién se puede derivar la emisión del certificado de nacimiento si no se puede realizar?**

Al juez de la localidad quien orientará cómo hacer el reconocimiento por filiación.

**¿Existirá algún formato del que se pueda guiar para realizar el certificado de nacimiento?**

Al llegar al centro de salud debe solicitar el instructivo actualizado. Deberá pedirle a su jefe inmediato o a la dirección general de salud los formatos necesarios y la normativa vigente, con las modificatorias, si existieran.

#### **6.4. Certificado de defunción**

**¿Cuáles son los datos mínimos que se debe tener para emitir adecuadamente un certificado de defunción?**

- i) Que no haya sospecha de criminalidad o muerte no natural (envenenamiento, traumatismo, etc.).

- ii) Haber atendido al paciente antes de la muerte o haber constatado la muerte con historia clínica o sin ella.
- iii) Si hay muerte en accidente de tránsito, se le puede otorgar el certificado a cualquiera que no sea el chofer (piloto o copiloto). Es obligatorio hacer la necropsia si es que el individuo ha estado frente al volante en el momento de los hechos; para las demás personas fallecidas en el suceso, se le puede dar el certificado de defunción con los diagnósticos; por ejemplo, a) hecho (suceso) de tránsito y b) traumatismos múltiples.

### **¿Qué es una muerte natural según la doctrina jurídica?**

Cualquier muerte que sea producto de alguna enfermedad, donde no exista violencia ni sospecha de participación de terceros.

### **¿Qué hacer en casos de sospecha de muerte no natural?**

- i) Abstenerse de la emisión de certificado de defunción.
- ii) Avisar a la familia que debe comunicar a la comisaria o fiscalía de turno.
- iii) Si es que se constata el hecho, debe redactarse un documento titulado ACTA DE CONSTATAción con el siguiente tenor:

Me apersoné a (dirección) por aviso de (nombre de la persona), identificado con DNI (número). Se les informa a los familiares, abajo firmantes, que se requiere dar aviso a las autoridades. Descripción de la habitación (superficial). Descripción del fallecido sin movilizar, pero constatando respiración, reflejo pupilar, ruidos cardiacos y pulso ausentes. Deberán firmar y dejar su huella digital, los asistentes y a quienes se les informó.

- iv) Si se puede, infórmese de la existencia de un médico legista con experiencia y avisar al fiscal de turno o comisario para que sea derivado a este de requerir la necropsia. De no haber uno, debe hacerse la necropsia, solo por requerimiento de la fiscalía, teniendo en mano el oficio respectivo.

**¿Cuál es el plazo, después de la muerte, para realizar el certificado de defunción?**

No existe plazo.

**¿Cuándo no se debe realizar la emisión de un certificado de defunción?**

Cuando están en curso los resultados de una necropsia y se ha emitido un CERTIFICADO DE NECROPSIA para que sea posible la inhumación (entierro).

**¿A quién se puede derivar la emisión del certificado de defunción si no se pudiera realizar?**

Al médico legista responsable del caso o a la fiscalía de turno.

**¿Existirá algún formato del que se pueda guiar para realizar el certificado de defunción?**

Al llegar al centro de salud debe solicitar el instructivo actualizado. Debe pedirle a su jefe inmediato o la Dirección General de Salud los formatos necesarios y la normativa vigente, con las modificatorias, si existieran.

## 6.5. Descansos médicos

**¿Cuáles son los datos mínimos que se deben tener en cuenta para emitir adecuadamente un certificado de descanso médico?**

Los descansos médicos son completamente diferentes a las incapacidades médico legales que se emiten haciendo la labor de médico legista. Por ejemplo, una persona se hace una herida producto de una pelea y esa herida tiene el diagnóstico de herida contusa suturada que requerirá tres atenciones facultativas (al suturar, controlar y retirar puntos); la incapacidad médico legal será en el doble de días: en este caso seis. Suponiendo que la herida se infecta debido a que no tuvo la atención médica adecuada, el paciente no tomó los antibióticos o no asistió al control, por lo que no se replanteará la antibioticoterapia; puede requerir más atenciones incluso una limpieza quirúrgica. Sin embargo, la calificación

médico legal califica la magnitud del trauma, en su inicio, en forma de números. Por el contrario, el descanso médico dependerá de tres aspectos: a) el estado previo (desde el evento hacia atrás), b) la evolución (desde el evento en adelante) y c) la magnitud del trauma. Los dos primeros dependen enteramente del paciente, lesionado o huésped.

**¿Bajo qué norma me debo regir para decidir cuántos días de descanso médico se puede recomendar?**

Para el descanso médico se deberá ver la evolución. Si va a dar descansos médicos de más de nueve días deben documentar bien el caso clínico. Es decir, radiografías, ecografías, exámenes de sangre, etc. debido a que existe la tendencia a utilizar los días de descanso médico como días de incapacidad médico legal. Las calificaciones de más de diez días pasan de ser faltas a ser delitos para el operador de justicia.

**¿Cuál es el plazo, después del accidente, para realizar el certificado de descanso médico?**

Si tiene evidencia de atenciones facultativas de cualquier modalidad, el plazo será hasta cuantos días usted vaya a colocar en el descanso médico. Es decir, si tiene alguien que se fractura un hueso largo, y a los 45 días le está quitando el yeso, hasta ese día podrá darle el certificado médico desde el día que atendió al paciente.

**¿Cuándo no se debe realizar la emisión de un certificado de descanso médico?**

Jamás podrá darle certificado médico a una persona que usted no ve; es decir, puede incluso no haber atendido la fractura, pero tiene la radiografía del paciente y el yeso. Luego de indagar cuál fue la razón por la que el médico que le puso el yeso no le dio el certificado correspondiente, se recomienda tomarle una radiografía adicional antes de emitir el certificado médico.

**¿A quién se le puede derivar la emisión del certificado de descanso médico, si este no se pudiera realizar?**

Al médico que vio, atendió o constató la lesión o enfermedad.

**¿Existirá algún formato del que se pueda guiar para realizar un certificado de descanso médico?**

Para los descansos médicos, la guía fundamental es la evolución del paciente. Muy por el contrario, para los días de incapacidad médico legal, en el Perú, busque las guías vigentes del Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público, ya sea por la web o acercándose a la dependencia de esa institución cercana a su localidad.

## Capítulo 7

### Finalización del Serums

*Fiorella Inga Berrospi*

#### 7.1. Del término del servicio en el establecimiento de salud

Al finalizar el servicio, la autoridad competente expedirá la Resolución Directoral de término del Serums, previo informe favorable de la instancia respectiva. Para ello es importante que se prepare aproximadamente los últimos tres meses de su gestión. Aquí algunas recomendaciones:

- a) Dejar el cargo respectivo y/o jefatura (en caso de haber llevado la jefatura del establecimiento de salud) a la persona que se hará cargo hasta la llegada del siguiente serumista, que realizará las mismas actividades, mediante un documento escrito firmado y sellado con hora y fecha (llevar un cargo de dicho documento).
- b) Realizar la entrega de bienes patrimoniales del o de los servicios que estuvieron a su cargo durante el Serums. Esto debe hacerse en el respectivo inventario físico, formato autorizado por la RED, Disa o Diresa. Esto debe especificar los materiales del ambiente de consultorio externo (estetoscopio, tensiómetro, linterna, escritorio, material audiovisual, etc.) y otros equipos costosos o que pudieran ser motivo de futuros problemas; siempre teniendo como referente el acta de entrega que se levantó al momento de empezar el Serums. Todo se consta con un documento que haga las veces de cargo. Debiendo de constar en el acta de entrega de cargo como anexo, tanto el establecimiento como el responsable de patrimonio, firmado y sellado en señal de conformidad, siendo esto necesario para la entrega de la Constancia de No Deudor.

- c) Realizar entrega de programas y/o estrategias que estuvieron a su cargo al personal responsable, con el respectivo Acervo documental, mencionando expresamente cuáles fueron las metas y coberturas alcanzadas, así como las acciones y documentos pendientes de trámite, bajo responsabilidad. De no hallarse el recepcionista, se dejará constancia en el Libro de Actas del establecimiento, en presencia del personal que permanecerá mientras llegue el siguiente responsable o se designen nuevas tareas.
- d) Hacer lo posible por no dejar pendientes, como el llenado de historias clínicas, hojas del seguro integral de salud (SIS), documentos pendientes de entrega, etc. De existir, actualizarlos antes de retirarse del establecimiento.
- e) Dejar conformidad de servicio al personal que lo requiera hasta la fecha que se laboró, con el fin de que el personal solicitante no confunda fechas o se realice documentos fraudulentos en su ausencia.
- f) Se recomienda socializar información, logros, metas, dificultades que usted tuvo durante su Serums con el personal de salud, a fin de que se tome en cuenta y se mejore en el proceso de mejora continua del establecimiento de salud.
- g) Despedirse de forma adecuada de todo el personal de salud, evitando roces y comentarios que no vienen al caso (sobre todo, si es que hubo problemas durante su período Serums).

## **7.2. Del informe Serums para la obtención de la resolución ministerial de término de Serums**

«Los profesionales del SERUMS ingresarán mensualmente a través de la página web del MINSA ([www.minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe)) y se digitará en el Formato de informe SERUMS, la información solicitada para ese período. Las actividades realizadas durante la estadía serán presentadas en medio físico.

Una vez concluido el tiempo de servicio, y completado el informe virtual, previo visto bueno del coordinador SERUMS, el profesional imprimirá la Constancia y el Informe Final de SERUMS, los cuales servirán para gestionar su Resolución de Término ante la DIRESA/DISA/GERESA correspondiente.

Adicionalmente, el Comité Central del SERUMS o el que haga sus veces a nivel regional o subregional puede solicitar un trabajo de investigación, el cual debe de estar sustentado debidamente con acto resolutive (informarse de esto con anterioridad, ya que, muchas veces, se tiene un formato establecido o requisitos mínimos que solicitan)».

### 7.3. Certificación

#### *7.3.1. Requisitos para la entrega de la Resolución de Término del Serums*

- «Proveído Original o Copia legalizada o autenticada por Fedatario (esto último si es que no van a devolver los papeles, ya que se deberá siempre conservar el proveído original).
- Certificación de NO ADEUDAR ningún bien al establecimiento; generalmente este documento debe ser firmado por el Responsable de Economía/contabilidad, Responsable de Patrimonio, Responsable de Farmacia y, finalmente, VISADO y FIRMADO por el jefe del Establecimiento.
- Constancia de Término del SERUMS emitida por la instancia correspondiente (Micro Red–MINSa —o quien haga sus veces—, Sanidades de las FF. AA. y PNP, EsSalud, instituciones con convenio vigente).
- Constancia del Informe Final del SERUMS visado por el Coordinador SERUMS de la institución correspondiente.
- Constancia de haber realizado la itinerancia rural (solo para los casos que correspondan).
- La Resolución de Término del SERUMS deberá incluir, adicionalmente, el quintil de pobreza del establecimiento asignado. En caso de No Conformidad con la resolución, se podrá

apelar dentro de los 15 días hábiles de expedida la resolución según Ley N.º 2744 Art. 207».

#### **7.4. De las bonificaciones de puntaje**

De acuerdo con lo normado en el D.S. N.º 007-2008/SA se menciona lo siguiente:

La bonificación es un beneficio que se otorga al profesional, por haber prestado el SERUMS en la modalidad remunerada y/o equivalente, en establecimientos de salud ubicados de acuerdo con la escala del mapa de pobreza del FONCODES. Para efecto del concurso para ingresar a laborar en los establecimientos del Sector Público, se otorgará una bonificación adicional, al puntaje total obtenido, a los profesionales que hubieran realizado el SERUMS.

En caso de postular a los Programas de Admisión al Residencia de Medicina Humana u otras profesiones, el puntaje de la bonificación será incorporado como parte del puntaje total.

## Capítulo 8

### Propuestas de mejora para el Serums

*Christian R. Mejía*

Creemos firmemente que el Serums puede mejorar, en base a la poca experiencia que se tiene (entre todos los autores es más de 15 años de apoyo a los profesionales que realizan el Serums). Por ello se hacen las siguientes propuestas de mejora según los distintos pasos o aspectos del Serums.

#### **8.1. Proceso de convocatoria**

Es uno de los primeros puntos a mejorar en todo el proceso del Serums, ya que la institución a cargo de la convocatoria debería tener una mejor forma de informar acerca de las características de las plazas. Es buena la iniciativa de poner algunas características geográficas e institucionales de la plaza. Debería considerar la siguiente información:

- **Formas de acceso y tiempos según medio de transporte.** Se deben saber los tiempos aproximados que le tomaría a un interesado en llegar hasta su sede; además, de conocer si esto puede cambiar por fenómenos o temporadas climatológicas, ya que en época de lluvias muchas veces estos tiempos cambian y hasta se producen bloqueos de las vías de acceso.
- **Características de la población asignada:** Por ejemplo, número de pobladores, dispersión, idioma predominante, número de caseríos o similares. Es necesario saber a qué población uno va a servir, ya que, muchas veces, la mayoría es quechua hablante o está muy dispersa geográficamente. Creemos que es importante que el serumista elabore un mapa de referencia de la población que estará a su cargo, pues algunas veces están bajo su responsabilidad poblaciones

que se dividen en caseríos (pequeños centros poblados), que están muy alejados unos de otros.

- **Informes de los profesionales Serums que han estado previamente.** Esta es una información que de ninguna forma se brinda, aun cuando es importante para que los futuros profesionales puedan conocer lo realizado durante un año por los anteriores serumistas.
- **Reportes de incidentes, accidentes, enfermedades, enfrentamientos y otros que hayan padecido los serumistas previos.** Sabemos que este es un tema delicado, pero los casos confirmados deben reportarse, ya que así se puede tener una idea de la parte negativa que el serumista entrante puede afrontar. Existe una base de reporte de incidentes; sin embargo, no se hace pública por ningún medio. Incluso hay plazas que se siguen ofertando a pesar de denuncias y renunciaciones de antiguos serumistas por estos sucesos. Esta actitud de esconder información se debe mejorar de forma inmediata.
- **Otros:** Hay muchos puntos que podrían mejorarse para que el postulante tenga una mejor información de la sede a la que podría ir; como, por ejemplo, el número de programas de los que será responsable, la cantidad aproximada de gestantes de alto riesgo que se manejan en la zona, si tiene que realizar otras actividades extramurales, los riesgos ocupacionales a los que se expone (sabiendo que esto es una normativa del Ministerio de Trabajo, que se le debe informar al momento del reclutamiento/contratación).

Como conclusión de este punto, se sugiere que el tema sea evaluado por las instituciones a cargo. Si es que esto no se toma en cuenta, debe ser pedido por los colegios profesionales, agrupaciones formales de profesionales del Serums y otros que velen por los derechos laborales.

## 8.2. Inicio/inducción del Serums

Se sabe que la capacitación es una de las bases del conocimiento, así como también lo viene a ser la experiencia; es por esta razón que las

facultades basan sus programas en una capacitación teórica de calidad y la práctica en ambientes hospitalarios y no hospitalarios. Con ello se asegura que el futuro profesional esté capacitado para afrontar lo que el sistema de salud les demande.

El mayor problema viene del hecho de que son pocas las universidades que preparan al futuro profesional para realizar sus actividades en la zona rural, en atención primaria de la salud, en comunidades alejadas, con personas hablantes de otros idiomas, con tradiciones/costumbres distintas a las de las grandes ciudades (que es donde se encuentran casi la totalidad de las universidades), entre otras características que tiene el Serums. Muy pocas son las universidades que hacen un externado rural (una de ellas es la Universidad San Antonio Abad de Cusco, que envía a sus estudiantes durante todo un ciclo a una comunidad rural). Es por esto que existe una gran problemática cuando el profesional Serums se enfrenta a esta nueva realidad, ya que generalmente no está capacitado para desenvolverse en estas condiciones.

Es aquí donde se deben brindar las capacitaciones específicas que complementen el conocimiento. Diresa capacita al serumista al inicio del Serums; estas capacitaciones duran generalmente de dos a tres días, pero abarcan más el tema administrativo (llenado de fichas y otros documentos de gestión, entrega de informes mensuales, algunos programas de salud a realizar, entre otros), y pocas tocan temas específicos de la población; por esta razón, en muchas Diresas las poblaciones difieren en algunos aspectos. El otro gran problema es que cuando llega el nuevo profesional serumista al lugar asignado, los serumistas salientes ya no se encuentran, ya que culminaron su período de Serums y/o están en la Diresa gestionando su resolución de culminación.

Creemos que la mejor capacitación es aquella que puede dar el mismo profesional que ha vivido esa realidad por todo un año; en ese sentido, debería evaluarse que el Serums tenga una duración de un año (lo que es hasta hoy) más un tiempo previo para recibir la capacitación por el profesional saliente; lo ideal sería un mes, aunque también podría ser medio mes. Se sabe que esto incrementaría en gran medida el pre-

supuesto, acortaría los tiempos del proceso Serums; sin embargo, esta recomendación se basa en el hecho de que si el profesional empieza cuando aún está su predecesor, este le puede enseñar acerca de todo el proceso administrativo, el llenado de fichas e informes, la casuística más común y de riesgo que tendrá a cargo, los programas que deberá manejar y cómo factibilizarlos, los cuidados que deberá tener, entre otros.

Se considera que así se puede suplir el hecho de que la mayoría no llega preparado para este tipo de realidad. Se espera que esta propuesta se tome en cuenta, podría implementarse mediante un piloto, pero que, si se hace efectiva, sirva de base para su aplicación a nivel nacional. Sobre todo, por el hecho de que no existe un traspaso efectivo de las funciones, actividades y conocimientos que el profesional serumista adquirió durante todo un año, lo que genera que cada nuevo profesional que llega debe adaptarse al puesto, empezar a conocer los procesos y programas, así como otras actividades que implican una nueva curva de aprendizaje que inicia desde cero.

### **8.3. Para los temas de conflictos durante la realización del Serums**

Se han visto múltiples problemas detectados en la realización del Serums, estos problemas pueden ser desde leves hasta los que atentan contra la integridad física y/o mental de los serumistas. Es por eso que se proponen algunas alternativas para la mejora de las condiciones laborales de los profesionales.

- Crear comisiones en cada región para regular y velar por los derechos de los serumistas. Esto también servirá para la retroalimentación respectiva, así como para saber que, si existen plazas inadecuadas, se evalúen y, de ser necesario, se cierren. Esta comisión también puede velar porque el serumista cuente con un seguro y que este se encuentre activo todo el tiempo de su trabajo.
- Promover una instancia que asesore a los médicos respecto a los problemas legales y laborales.

- Se propone que al finalizar el Serums se envíe un informe acerca de las condiciones en las cuales el serumista realizó su labor. Este reporte debe ser público para que pueda ser observado por los futuros serumistas.
- Informar a la población y a las autoridades sobre la normatividad del Serums y demás.
- Resolver la variabilidad en la fecha de pago del serumista, sobre todo, en los primeros sueldos y en los gastos de instalación.
- Es necesario aclarar la situación de los días libres de los serumistas (especificar un mínimo indispensable de días libres).

Muchos de estos temas se tienen que ver de forma urgente. En la actualidad hay comisiones estatales que ayudan cuando un caso se presenta, pero aún se debe hacer mucha prevención del riesgo laboral, evaluar a profundidad las plazas que son no aptas para el ejercicio de profesionales de la salud y, sobre todo, comunicar de alguna forma que estos establecimientos no deben ser considerados hasta que mejoren efectivamente las condiciones laborales.

#### 8.4. Investigación durante el Serums

Se dice que en gestión, aquello que no se mide, no mejora. Pasa casi lo mismo con la investigación. Aquellos países/instituciones que apuestan por su realización terminan con mejoras sustanciales, ya que al inicio las investigaciones son descriptivas, de análisis situacional, muestran realidades específicas, pero, poco a poco, van aumentando en dificultad.

El profesional serumista tiene todo un año en una población, esto le permite hacer múltiples cosas que puedan ayudar a la mejora de la realidad. Si no se tiene idea de qué investigar, se pueden usar como base las cinco prioridades de investigación que ha establecido el Instituto Nacional de Salud. Algunos temas generales podrían ser:

- **Desnutrición infantil:** Hay mucho por investigar en esta temática, ya que casi todos los poblados (al tener la característica de algún grado de pobreza) tienen niños que padecen de desnutrición. Tam-

bién se puede investigar y reportar acerca de los programas de ayuda social que están implementándose por todo el Perú. Muchos de ellos tienen data que se recolecta de forma obligatoria, a la cual se puede acceder con el permiso respectivo.

- **Mortalidad materna:** Es una realidad en muchos lugares alejados del Perú, sobre todo por algunas creencias que tienen ciertas poblaciones (el entierro de la placenta, el parto vertical, entre otros). Así, puede investigarse sobre una gran variedad de mitos, creencias, acciones, actitudes, prácticas que tienen las madres o las futuras madres sobre este tema.
- **Enfermedades infecciosas:** Muchas de ellas son evaluadas y resueltas por el propio equipo de salud. Por lo que se pueden hacer registros detallados de las más importantes, sobre todo en zonas tropicales o semitropicales, ya que en esas regiones abundan un sinnúmero de posibles vectores, agentes y patógenos que las causan. Inicialmente se podría empezar por efectuar reportes de casos.
- **Salud mental:** Es uno de los mayores problemas que afronta la sociedad peruana y mundial, no solo por la gran frecuencia de algunas de estas enfermedades, sino porque muchas de ellas no han sido indagadas en la zona rural y a esto se suma la poquísima oferta de profesionales de las áreas de psiquiatría y psicología. Este es uno de los temas más factibles de investigar, sobre todo si es que se detecta que la población a cargo tiene un padecimiento en demasía.
- **Recursos humanos en salud:** Debería ser uno de los temas más investigado por las instituciones que envían a profesionales de la salud a zonas alejadas, ya que los exponen a una serie de situaciones estresantes. Se ha reportado que muchos profesionales tienen diferentes problemas durante la realización del Serums. En el siguiente capítulo se darán a conocer algunas de las investigaciones que los autores han realizado en esta población para que pueda servir como ejemplo de qué temas se pueden investigar, así como para que se conozcan dichos resultados.

Cada uno de estos temas puede propiciar diversas investigaciones, desde las más simples (que pueden realizar análisis situacionales), *focus group* de temas específicos (sobre todo en temas poco investigados o que resulten novedosos), hasta algunos de mayor complejidad (estudios transversales o algunos con posibilidad de ser longitudinales). Esto es importante que se lleve de la mano con el cuidado con las poblaciones vulnerables (niños, gestantes, ancianos, militares, entre otros) y la ética; siendo lo ideal que se realice un proyecto de investigación que sea evaluado y aprobado por un comité de ética. Esto para velar por la integridad de los participantes; además, este requisito es actualmente muy pedido dentro de un proceso editorial para la publicación científica.

Como se mencionó, es importante también comunicar los resultados en una revista científica, esto factible si es que se tiene la rigurosidad metodológica y ética del caso. Recordar que esto también le puede servir al serumista, ya que, algunas Diresas/Disas/Geresas piden que se haga una investigación científica en lugar, o sumado al informe final del Serums.

### 8.5. Involucramiento y apoyo a la educación local

Los países desarrollados tienen sistemas de salud y educación muy eficientes, que se basan en la gratuidad (total o parcial) y la universalización de los mismos. Una población educada tiene una ventaja para la mejora de sus indicadores económicos y de la salud, por ello se recomienda que el profesional de salud no solo se quede con sus actividades impuestas, sino que salga a la comunidad y se involucre en el proceso de educación de la misma. Por ejemplo:

- *Hacer coordinaciones con los colegios más grandes para impartir charlas básicas a los escolares.* Estas pueden variar según el grado que cursen los estudiantes; los temas a abordar podrían ser los siguientes: higiene básica, buenos hábitos alimenticios y de ejercicio, entre otros. Incluso se puede coordinar para apoyar y brindar algunas recomendaciones y motivación para los estudiantes (esto para que

sepan que si se esfuerzan y estudian pueden llegar a ser profesionales), consejería en temas de sexualidad (como complemento de los programas que ya existen, y que aportarían desde el punto de vista de un profesional de la salud).

- *A las madres, muchas veces ellas son las encargadas de la alimentación, del cuidado de los menores, entre otras tareas.* Se les puede brindar consejería en temas de hábitos alimenticios (sobre todo para sus hijos menores, ya que en el país tenemos un gran porcentaje de niños con anemia), higiene básica, reconocimiento de síntomas de enfermedades comunes (para que sepan cuándo acudir al establecimiento de salud). Algunas veces estas madres están organizadas en clubes de madres, vaso de leche, etc.; por lo que agruparlas resulta mucho más fácil, solo se debe coordinar con las personas responsables para que puedan gestionarse los permisos respectivos.
- Existen otros grupos que se pueden intervenir, siempre haciendo una planificación y solicitando los permisos respectivos. Una recomendación general es tratar de que los grupos no sean muy grandes, ya que cuánto más grandes son es más difícil llegar a ellos. Esto también puede servir al profesional para ganar experiencia en la comunicación, en la exposición de ideas y hasta confianza para hablar en público.

## 8.6. Eficiencia y sostenibilidad del Serums

El programa de Serums constituye una política del Ministerio de Salud para brindar atención integral de salud a las poblaciones más vulnerables de nuestro país. El Estado realiza un esfuerzo logístico y económico para asegurar la presencia de profesionales sanitarios en dichas poblaciones vulnerables; sin embargo, debido a las debilidades antes mencionadas, el esfuerzo del Estado termina asegurando solamente la presencia de profesionales, mas no necesariamente la atención integral; peor aún, la atención familiar o de la comunidad en su conjunto. Por tal motivo, proponemos que el Estado, a través del Ministerio de Salud, identifique

las necesidades individuales, familiares y comunitarias de las poblaciones vulnerables de nuestro país y, sobre ello, elabore un Plan Estratégico de intervención que considere al profesional serumista como actor fundamental. Esta medida permitirá que los profesionales serumistas sigan un Plan Maestro que contemplará no solo el dar solución a problemas agudos, sino a intervenir estratégicamente los problemas de salud crónicos, de saneamiento, de corte comunitario. De esa manera, la rotación anual del serumista (o de 13 meses) que experimente la comunidad seguirá una secuencia y coherencia de actividades, aprovechando así de manera eficaz y eficiente al recurso humano. En consecuencia, esta medida mejorará la gestión del Ministerio de Salud ante las poblaciones vulnerables y le dará sostenibilidad al programa, que resultará mucho más eficiente y justificable.

Finalmente, hay otros muchos temas que deben abordarse para la mejora del Serums, como, por ejemplo, el hecho de que la mortalidad de los médicos en esta etapa (sobre todo por accidentes de tránsito en el ejercicio de su deber) es mucho más alta que la mortalidad de los médicos en África; por ello, para evaluar las acciones que se deben llevar a cabo a fin de que estos sucesos se eliminen o reduzcan al mínimo posible, deben conformarse mesas multipartidarias, ya que no se puede permitir que los profesionales de la salud arriesguen su vida o no tengan los recursos suficientes. ¡Muertes nunca más!

## Capítulo 9

### Publicaciones científicas en el contexto del Serums

*Christian R. Mejia*

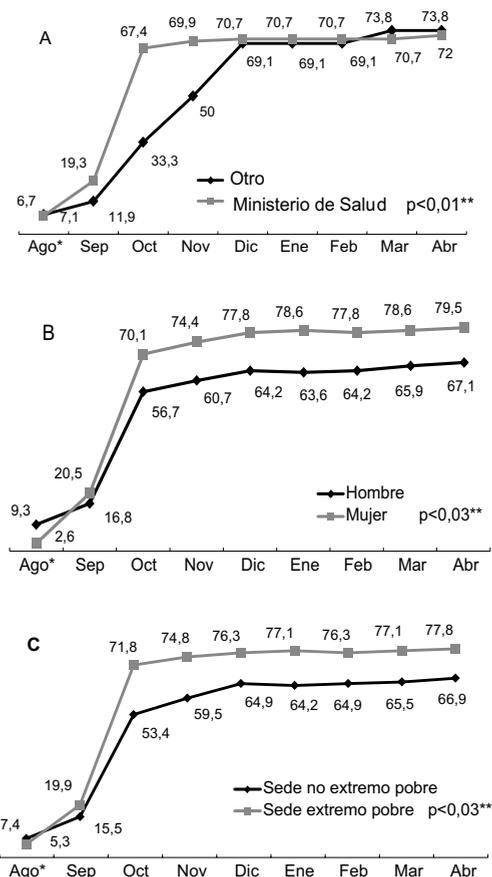
Una publicación científica puede ayudar a clarificar un tema, a dar un análisis situacional, a mostrar una realidad, es por eso que en este capítulo daremos a conocer algunas publicaciones científicas que hemos realizado en el contexto del Serums, para que pueda mostrarse la realidad y también sirvan como base de futuras ideas de investigaciones.

#### 9.1. Deficiente cobertura de aseguramiento a médicos durante el Servicio Rural y Urbano-Marginal en Perú (2013)

Esta investigación surgió en el primer periodo que ayudé a los médicos serumistas, desde el año 2010 hasta el 2013, como encargado de las colegiaturas de Consejo Regional III-Colegio Médico del Perú. En esa gestión ayudamos a los recién egresados con sus trámites para obtener la colegiatura, pero también se les hizo el seguimiento durante el Serums. Gracias a esto, nos enteramos de que algunos médicos serumistas tenían accidentes o enfermedades durante el año que hacían su servicio rural, pero muchos de ellos no fueron atendidos por el hecho de que el Estado no había realizado los pagos respectivos a EsSalud (para agosto ya debieron estar asegurados, debido a que en esa fecha ya se cumplían los 3 meses de aportes, al haber empezado en mayo su Serums).

La realidad que se encontró fue similar a la que se esperaba, ya que del 100 % de médicos a los que se hizo el seguimiento, entre los meses de agosto a setiembre, solo estaban asegurados en EsSalud menos del 20 %. Entre octubre y abril del siguiente año, los porcentajes subieron hasta 80 %, pero en algunos casos (como en las sedes de extrema pobreza) solo el 65 % estaba asegurado. Creemos que esta fue una de las publicaciones que motivó a que, recientemente, se modificara la ley Serums;

actualmente es una obligación que los profesionales tengan un seguro para el desarrollo de su actividad profesional. Esperamos con ansias la aplicación de dicha normativa para hacer un nuevo reporte y ver si la realidad ha cambiado.



**Figura 9.1.** Porcentaje de médicos que realizan el Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud con afiliación al seguro social de salud según A. Entidad que regula la sede. B. Sexo. C. Clasificación de pobreza de la sede.

\* Inicio del tercer mes de contrato \*\* Prueba de U de Mann-Withney

Fuente: Mejía CR, Quiñones-Laveriano DM, Espinoza KG, Quezada-Osoria C. Deficiente cobertura de aseguramiento en médicos durante el servicio rural y urbano-marginal en salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2013;30(2):220-3.

## 9.2. SERUMS y la migración de médicos: A propósito de una cohorte de médicos de Lima (2015)

Un colega estaba realizando una serie de publicaciones científicas acerca de la inconstitucionalidad del Serums (ya que se manifiesta que el Serums no debe ser prerrequisito para optar a un trabajo), y me pidió que colaborara con parte de unos resultados que tenía, en donde se podía observar que el 20 % de los profesionales que antes del Serums tenían la opción/ posibilidad de trabajar en provincia, luego de realizar el Serums, se había desanimado de hacerlo (esto es estadísticamente significativo). Estos resultados fueron preliminares, pero mostraron ya un resultado importante, pues indicaban que habrían situaciones que motivan a que un 20 % de los serumistas se desanime en trabajar en el interior del país luego de realizar el Serums.

**Tabla 1.** Cambio en la intención de trabajo en el extranjero, Lima o provincia posterior a la realización del SERUMS

Posterior al SERUMS	Antes del SERUMS manifestó que deseaba laborar en		
	Extranjero	Lima	Provincia
Se mantuvo en su opción inicial*	80 %	73%	65 %
Se animó a laborar en	10 %	25%	15 %
Se desanimó de laborar en	10 %	2%	20 %**

\*Grupo de comparación \*\* Valor p = 0,014

**Figura 9.2.** Tabla de resultados de intención de trabajo después de la realización del Serums.  
Fuente: Mejía CR, Quiñones-Laveriano DM. SERUMS y la migración de médicos: a propósito de una cohorte de médicos de Lima [carta]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2015;32(2):405-6.

## 9.3. Altitud geográfica de residencia y dependencia alcohólica en pobladores peruanos (2015)

Esta investigación también se realizó en el contexto del Serums y estuvo relacionada con la salud mental. Algunos médicos que realizaban el servicio rural nos ayudaron a recolectar información en once poblados

rurales (la mayoría porque su Diresa les pedía un informe científico; así, con la data facilitada, se les alcanzó resultados para su población; pero la data global sirvió para hacer un reporte). En esta investigación se encontró que la frecuencia de alcoholismo aumentaba al residir en un poblado categorizado como extremadamente pobre (según los quintiles de la elección del Serums); en cambio, disminuía la frecuencia en la mujer y cuando residían a gran altitud geográfica (todos los que vivían por encima de 2500 msnm). Este problema de alcoholismo debe estudiarse con más profundidad, sabiendo que es un tema muy común entre muchos pobladores del Perú profundo.

**Tabla 3 – Análisis multivariable de los factores asociados al alcoholismo en pobladores de zonas altitudinales del Perú**

Variables	P	RPa (IC95 %)
Sexo femenino	0,01	0,44 (0,23-0,89)
Edad	0,81	0,99 (0,97-1,01)
Con pareja	0,05	0,63 (0,39-1,01)
Agricultor	0,47	1,18 (0,74-1,86)
Ama de casa	0,54	0,79 (0,38-1,65)
Posesión de armas	0,67	0,89 (0,55-1,46)
Migrante	0,21	1,35 (0,83-2,20)
Tiempo de residencia	0,63	0,99 (0,97-1,01)
Fumador	0,14	1,41 (0,88-2,25)
Depresión	0,28	1,23 (0,83-1,81)
Extremadamente pobre	<0,05	2,42 (1,40-4,19)
Residencia a gran altitud	<0,01	0,15 (0,07-0,31)

IC95%: intervalo de confianza del 95%; RPa: razón de prevalencias ajustada

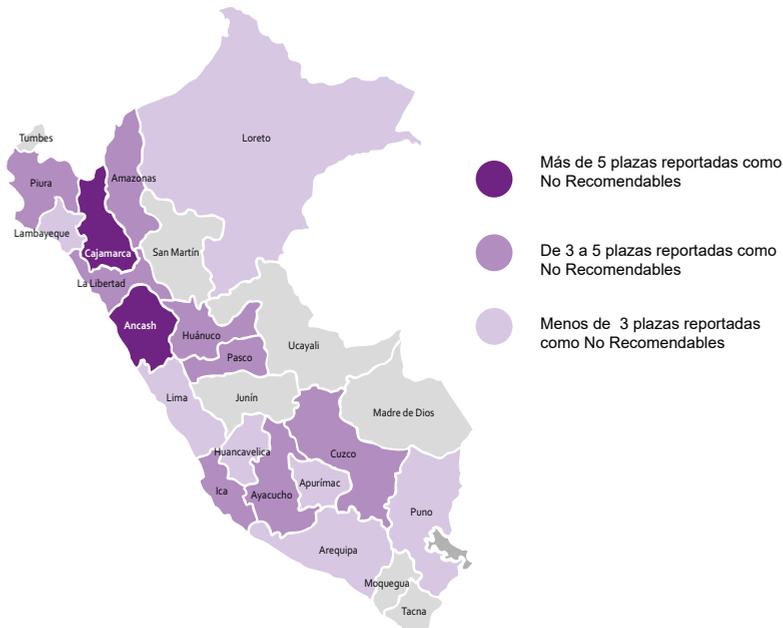
Valor de p, RPa e IC95%, obtenidos con modelos lineales generalizados, con la familia binomial, función de enlace log y modelos robustos.

\* Según la escala de Zung

**Figura 9.3.** Tabla de factores asociados al alcoholismo. **Fuente:** Quiñones-Laveriano DM, Espinoza-Chiong C, Scarsi-Mejia O, Rojas-Camayo J, Mejia CR. Altitud geográfica de residencia y dependencia alcohólica en pobladores peruanos. *Rev Colomb Psiquiat.* 2015, 45(2): 1-8.

#### 9.4. Problemas laborales en plazas del Servicio Rural Urbano-Marginal en Salud (Serums): auto-reporte de los médicos (2016)

Esta investigación surgió mientras apoyábamos en un segundo período al Colegio Médico del Perú (esta vez como parte del Comité Médico Joven del Consejo Nacional, donde hacíamos apoyo logístico y estadístico a los reportes de conflicto durante el Serums). La información se armó en base a una data de los reportes que emitían los serumistas de los problemas que tenían durante el servicio rural (ya que el Comité era el encargado de apoyar para resolver dichos problemas laborales). Basados en esa información se mapearon los departamentos con mayor cantidad de denuncias, las cuales podrían estar juntas o dispersas en el mismo departamento, pero sirvieron conocer cuáles eran los lugares que reportaban mayor cantidad de conflictos.



**Figura 9.4.** Mapa nacional de regiones del Servicio Rural Urbano-Marginal en Salud (SERUMS) donde se han reportado problemas laborales, 2015. **Fuente:** Mejía CR, Inga-Berrosppi F, Albrecht Lezama C, Quispe García AA. Problemas laborales en plazas del Servicio Rural Urbano-Marginal en Salud (SERUMS): auto-reporte de los médicos. *Acta Med Peru.* 2016;33(1):82-3.

### 9.5. Accidentes laborales asociados al desánimo de médicos Serums para laborar en el primer nivel de atención de Lima, Perú (2017)

Esta investigación indagó en la retención de médicos post Serums, pero esta vez queríamos observar el porqué, luego de la realización del Serums, estos se desanimaban para realizar atención primaria de la salud (APS) en las zonas rurales de Lima. En los resultados se puede observar que aquellos que tuvieron accidentes o enfermedades laborales (en su Serums de provincia) querían estar más en sedes rurales cercanas a Lima, esto podría ser porque, a pesar de ser sedes rurales (conos, asentamientos humanos, etc), están cerca de la gran urbe y de su hogar. En cambio, aquellos que habían tenido problemas con el personal administrativo sí se desanimaban para trabajar en APS de zonas rurales de Lima. Lo que refuerza el hecho de que los problemas intra Serums sí pueden afectar la posterior intención de trabajo en el primer nivel de atención.

**Cuadro III.** Análisis bivariado y multivariado de los factores sociolaborales asociados al cambio de intención de trabajo en el primer nivel de atención de Lima, Perú

Variables	Análisis bivariado			Análisis multivariado		
	RPc	IC 95 %	p	Rpa	IC 95 %	p
Sexo femenino	0.88	0.36-2.20	0.792	0.97	0.42-2.23	0.949
Edad (años)	1.00	0.70-1.44	0.990	1.02	0.67-1.57	0.918
ES de MINSA	0.68	0.24-1.93	0.468	0.90	0.35-2.28	0.818
Se accidentó	0.26	0.09-0.71	0.009	0.28	0.14-0.54	<0.001
Se enfermó	0.68	0.40-1.14	0.140	0.52	0.31-0.88	0.014
Servicios básicos incompletos	0.75	0.42-1.32	0.317	0.89	0.43-1.83	0.754
Problemas con						
Personal de salud	0.75	0.20-2.82	0.667	0.78	0.24-2.49	0.672
Personal administrativo	1.61	1.33-1.95	<0.001	2.03	1.83-2.25	<0.001

ES = Establecimiento de salud; MINSA= Ministerio de Salud [del Perú]; RPC = razón de prevalencias cruda; Rpa = razón de prevalencias ajustada; IC95% = intervalo de confianza al 95 %

Los IC se obtuvieron con modelos lineales generalizados usando familia Poisson, función de enlace *log*, modelos robustos y con la región de la sede SERUMS como grupo *cluster*

**Figura 9.5.** Cuadro representativo de factores laborales asociados al cambio de trabajo. **Fuente:** Mejía CR, Valladares-Garrido MJ, Romero BM, Valladares-Garrido D, Linares-Reyes E. Accidentes laborales asociados al desánimo de médicos SERUMS para laborar en el primer nivel de atención de Lima, Perú. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2017;55(6):686-91.

Se espera que estos ejemplos de investigaciones puedan contribuir a conocer un poco más la realidad del Serums. La mayoría de estos temas indagan acerca de los «Recursos Humanos en Salud», ya que es una línea prioritaria de investigación de nuestro país (la salud mental también es otra de las líneas prioritarias). Por ello se espera que en el contexto del Serums los profesionales puedan realizar la mayor cantidad de investigaciones posibles. Si alguien desea acceder a los trabajos completos, puede hacerlo mediante la búsqueda de las referencias.

## Referencias

1. Mejía CR, Quiñones-Laveriano DM, Espinoza KG, Quezada-Osoria C. Deficiente cobertura de aseguramiento en médicos durante el servicio rural y urbano-marginal en salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013;30(2):220-3.
2. Mejia CR, Quiñones-Laveriano DM. SERUMS y la migración de médicos: a propósito de una cohorte de médicos de Lima [carta]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2015;32(2):405-6.
3. Quiñones-Laveriano DM, Espinoza-Chiong C, Scarsi-Mejia O, Rojas-Camayo J, Mejia CR. Altitud geográfica de residencia y dependencia alcohólica en pobladores peruanos. *Rev Colomb Psiquiat*. 2015, 45(2): 1-8.
4. Mejia CR, Inga-Berrosipi F, Albrecht Lezama C, Quispe García AA. Problemas laborales en plazas del Servicio Rural Urbano-Marginal en Salud (SERUMS): auto-reporte de los médicos. *Acta Med Peru*. 2016; 33(1):82-3.
5. Mejia CR, Valladares-Garrido MJ, Romero BM, Valladares-Garrido D, Linares-Reyes E. Accidentes laborales asociados al desánimo de médicos SERUMS para laborar en el primer nivel de atención de Lima, Perú. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2017; 55(6):686--91.

## **Sobre los autores**

### **Christian R. Mejia**

Médico, docente e investigador. Desde el Colegio Médico del Perú (en los periodos 2010-2012 y 2016-2017) colaboró durante 5 años, directa e indirectamente, con los médicos recién egresados y/o aquellos que realizaron el Serums; cargo desde el que orientó a colegiarse a más de 5000 médicos de Lima, a quienes les hizo el seguimiento y respaldo durante los procesos del Serums de los mismos años —así como, a otros colegas de todas las provincias del Perú—. Dicho apoyo consistió en el envío de información periódica, en la resolución de casos problemáticos, como parte de la Comisión Organizadora de la Primera Convención de Médicos Serums, entre otras acciones.

Hasta abril del 2018 ha publicado 100 artículos científicos de múltiples temáticas, entre artículos originales propios y/o con la participación de estudiantes del pregrado; la mayoría de estas publicaciones están alojadas en la base de Datos Scopus.

### **Fiorella Inga Berrospi**

Médico especialista en gestión en salud. Ha realizado la Maestría en Salud Pública y Global. Past asesora del Consejo Regional Lima, delegada nacional de los Médicos Serums 2013 y presidenta del Comité Nacional del Médico Joven del CMP 2016-2017. Se desempeña como docente universitaria y asesora de sociedades científicas estudiantiles.

Tiene diversas publicaciones científicas en educación médica y de temas de la profesión médica. Además ha participado como conferencista y jurado científico en congresos científicos nacionales e internacionales.

### **Pavel Jaime Contreras Carmona**

Médico-Cirujano egresado de la Universidad San Pedro de Chimbote. Luego del Serums, inició su participación activa en el Colegio Médico de Chimbote, primero como Presidente del Comité del Médico Joven, y después como

vocal en la Junta Directiva 2011-2012. Para el periodo 2010-2011, asumió la vicepresidencia del Consejo Peruano de Reanimación-Filial Chimbote. Es especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (MFYC) por la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). Ha realizado estudios de posgrado en Docencia Médica en la UPCH y actualmente estudia la Maestría de Medicina en la misma universidad.

Ejerce la tutoría en el Programa de Residentado Médico de Medicina Familiar y Comunitaria y la docencia en el curso de Promoción de la Salud en el pregrado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

### **Tatiana Requena Pastorelli**

Licenciada en Enfermería, egresada de la Universidad Nacional del Santa (2007) y Médico-Cirujano, egresada de la Universidad San Pedro (2014). Ha obtenido la diplomatura en Auditoría Médica por la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica (2015). Maestranda en Gerencia de Servicios Médicos de Salud de la Universidad San Martín de Porres.

Ha sido Delegada Serums PNP (2015) y Past Presidenta del Comité Médico Joven Chimbote (2016- 2017). En la actualidad se desempeña en la Dirección Médica de la Clínica Mundo Salud y es colaboradora activa de las organizaciones sin fines de lucro como Misión Social IDP Distrito 11 y la Asociación Civil Apoyo Familiar-ACAF Chimbote.

### **David Willy Ruiz Vela**

Médico-Cirujano, egresado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; máster en Medicina Forense, especialista en Cirugía Plástica (práctica privada), especialista en Medicina Legal (práctica privada), especialista en Gerencia de Servicios de Salud (ESAN) y especialista en Gestión del Potencial Humano (ESAN).

Ha ejercido la docencia en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses y en la Academia de la Magistratura. Se ha desempeñado como gerente de Gestión de Riesgo de los 26 Hospitales de la Solidaridad y Past President de la Sociedad Peruana de Medicina Legal; exmiembro del equipo de la Comisión de Alto Nivel para la Implementación del nuevo Código Procesal Penal (el único médico), exmiembro de la Comisión de Alto Nivel para el

Estudio Científico en la denuncia contra el expresidente de la República Sr. Ollanta Humala Tasso por el caso «Madre mía», y exmiembro del Comité de Posgrado del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Actualmente trabaja exclusivamente en práctica privada en medicina forense y cirugía plástica.

Los profesionales serumistas representan la primera respuesta que nuestro sistema sanitario tiene para hacer frente a los problemas de salud de los peruanos, allí en las zonas más vulnerables y empobrecidas del país; en ese sentido, representan al Estado en estos lugares. Sin embargo, son pocas las fuentes que proporcionan una información adecuada para el buen desarrollo del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (Serums), antes, durante y después de su realización.

En ese contexto, *Serums: Recomendaciones basadas en la experiencia*, libro escrito por médicos jóvenes, es una guía que recopila importante y pertinente información administrativa, las consultas legales más comunes (como la realización de la necropsia, el reconocimiento médico, la emisión de certificados de nacimiento, de defunción y descansos médicos); brinda, además, las pautas esenciales para una mejor atención; revisa conceptos básicos sobre atención primaria, intervenciones sanitarias y estrategias, orienta sobre las oportunidades de proyección social, y facilita algunos temas de investigación que el serumista podría desarrollar.

ISBN: 978-612-4443-20-6



9786124443206