



Revista Ciencias de la Salud
ISSN: 1692-7273
editorial@urosario.edu.co
Universidad del Rosario
Colombia

Osores Tello, César Pável
Atención a poblaciones con exclusión social: experiencias y reflexiones
Revista Ciencias de la Salud, vol. 4, núm. 1, enero-junio, 2006, pp. 83-86
Universidad del Rosario
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56240111>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

Reflexión / Some Thoughts on

Atención a poblaciones con exclusión social: experiencias y reflexiones

Healthcare to Socially Excluded Populations: Experience and Appraisals

César Pável Osores Tello*

Los países subdesarrollados comparten una situación de salud alarmante y estática. A pesar de la frase de la organización mundial de la salud: "salud para todos en el año 2000" que en aquel momento representó una esperanza alcanzable por sus sesgados indicadores de salud, actualmente estamos cercanos a finalizar el primer lustro posterior al plazo y la salud en estos países hermanos permanece igual.

Existen algunas modalidades de atención de salud en algunos países que tratan de llegar a las poblaciones más alejadas y excluidas por diversos motivos socio-económicos. Perú es uno de ellos (1) con una extensión territorial de 1 285. 215 km², una población aproximada de 27'947.000 habitantes (2), cuando la población total en América del Sur es de 365 millones. En el Perú, la población rural en el año 2005 constituía el 27.4 %, frente al 72.6% de la zona urbana (3). La situación de salud muestra indicadores alarmantes. La tasa bruta de mortalidad para los años 2000 - 2005 se estima en 6.2 por cada 1000 habitantes. Debe destacarse, sin embargo, que existen grandes diferencias entre Huancavelica (11.3 por 1000 hbtes.) y Callao (3.9 por 1000 hbtes.) que representan la tasa más alta y la más baja respectivamente (4).

Según el estudio *Tendencias, Niveles y Estructura de la Mortalidad Materna en el Perú 1992-2000*, las estimaciones de la razón de muerte materna serían de 168.3 y 164.2 por 100.000 nacidos vivos (5). Es cierto que la tasa de mortalidad infantil, según datos del Ministerio de Salud, está disminuyendo y estos indicadores siguen siendo elevados. En algunos departamentos del país existen 2.3 médicos por diez mil habitantes. Además de estos datos, la anatomía de la pobreza divide a los pobres en tres estratos de acuerdo con el número de necesidades básicas insatisfechas en pobres, muy pobres y extremadamente pobres. Estos últimos son cerca de 3 millones de personas en todo el territorio nacional (6) Sobre esta población objetivo, el Ministerio de Salud a través del Programa de Administración de Acuerdos de Gestión -PAAG- y con el apoyo de la comunidad europea inició en junio de 1998 el plan piloto itinerante en las cuencas de los ríos Ene y Tambo en Junín, y del Alto Bravo y Bajo Huallaga en San Martín. La atención se realizó por brigadas conjuntas denominadas Equipos Locales Itinerantes de Tra-

* MD., Universidad Pedro Ruiz Gallo, Lambayeque, Perú.
E-mail: pavelosores@gmail.com

bajo Extramural en Salud -ELITES- para la recuperación de la salud en las “poblaciones excluidas” (7). Se entiende por poblaciones excluidas aquellas que se encuentran en zonas muy distantes del país, donde no hay acceso a la atención médica, apenas un puesto de salud donde se encuentra un profesional o técnico no médico, y de éste a la comunidad hay una distancia mínima de tres horas en su medio de transporte habitual. Son comunidades desplazadas por la violencia social, comunidades indígenas, zonas fronterizas, comunidades con altos indicadores de mortalidad infantil y materna, comunidades con enfermedades endémicas y brotes epidémicas (malaria por falciparum, bartonelosis aguda, neumonía, dengue, etc).

La idea de llevar atención preventivo-promocional en el Perú no es nueva. Existe un antecedente histórico desde que se instaló el servicio de salud, y han ocurrido las siguientes experiencias:

- Cuerpo de vacunadores. 1905. Fue creado por decreto para la aplicación de la ley sobre el uso de vacunas en enero de 1896, que establecía que los prefectos departamentales debían cuidar que los médicos titulados y sanitarios practicaran “un servicio de vacunación y revacunación extraordinario”.
- Brigada sanitaria de Manuel Núñez Butrón. 1933. El doctor Núñez Butrón organizó las brigadas sanitarias en 1933. La primera en “Isla” comunidad de 3199 habitantes cerca de Juliaca (Puno). La brigada recibió el nombre quechua “Nichay” que significa *Despierta*. De los ‘Nichay’ se dice que “no son sanitarios para curar, son nicharys para evitar”. Se incorporó a curanderos y herbolarios que, sin renunciar a sus creencias, aceptaban algunos métodos de Núñez Butrón. Las principales actividades fueron de

vacunación y la promoción de la higiene para prevenir el tifus. Atendían partos, purgaban, extraían dientes, enseñaban a fabricar jabón y construían pequeñas estufas que sin maltratar la ropa mataban los piojos. Convocaban a la población a la plaza el pueblo y explicaban las ventajas de la vacunación y la higiene. Utilizaban canciones populares con letras que promovían la alfabetización y la higiene. Publicó la revista “*Runa Sonco*” con noticias sanitarias, con 10 números publicados entre 1935 y 1948.

En la actualidad se desplazan cuarenta y seis brigadas en las zonas de difícil acceso de las regiones La Libertad, Cusco, Amazonas, Cajamarca, Ancash, San Martín, Loreto, Puno, Huánuco, Ucayali, Madre de Dios, Ayacucho, Huancavelica, Apurímac y Junín, de las veinticuatro regiones que tiene el país.

Mediante los ELITES, el Ministerio de Salud (Minsa) ha brindado alrededor de 750.000 atenciones en el transcurso de 2004. Desde 1998 a la fecha, estos equipos han logrado brindar cobertura al 27% de la población objetivo, es decir los más excluidos, a los que han ofrecido de manera gratuita atención y medicamentos (8). Los brigadistas trabajan veintiún días al mes y suelen desplazarse a pie, a caballo o en balsas, en muchos casos acompañados por guías proporcionados por las propias comunidades, con quienes coordinan previamente a su internamiento en las zonas de difícil acceso.

El equipo humano estaba conformado, hasta mediados del año pasado, por seis profesionales: médico, enfermera, obstetra, odontólogo, antropólogo/sociólogo y técnico de enfermería. Ellos realizaban una labor denodada luchando con las condiciones adversas climáticas, geográficas y

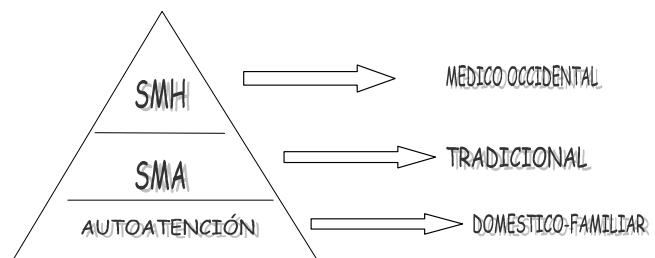
problemas de salud. Más de un brigadista se contagió de bartonella, tifoidea, accidentes y lesiones osteomusculares, sin contar con los problemas de adaptación y alejamiento de la familia por veintiún días al mes y en algunas casos cuarenta, puesto que las comunidades nativas aguarunas del río Santiago son muy distantes y se debe utilizar ese tiempo para evitar dobles viajes.

A partir de 2004 se recortaron los grupos a cuatro integrantes, dejando de lado al antropólogo/sociólogo, quien era pieza clave en la mediación entre la comunidad y el ELITE. Las comunidades indígenas del país distribuidas en la costa, sierra y selva, poseen una cosmovisión del proceso salud-enfermedad muy diferente a la occidental, lo que hace difícil la aplicación de modelos de atención integral y programas preventivos promocionales. Como consecuencia de esto, y de los indicadores evaluados que no consideraban parámetros integrales de la relación entre medicina y antropología en dichas poblaciones, se criticó la sostenibilidad del programa ELITES con su subsecuente recorte de personal, que devino en tragedia. En la región Amazonas en la cuenca del río Marañón, afluente del Amazonas, en la selva peruana fueron asesinados cuatro integrantes del ELITES Bagua, por miembros de una comunidad nativa AWAJUN, quienes argumentaron el derecho consuetudinario al autocuidado de salud y la trangresión de sus costumbres ancestrales por parte del grupo de salud. Esta tragedia causó revuelo en la sociedad porque mostró de manera dolorosa la gran brecha existente entre estas comunidades y el modelo de atención y de servicios de salud que demanda el Estado peruano. Trabajamos algunos meses con el licenciado en enfermería asesinado Marcelo Huamán con el que compartimos penurias y alegrías propias de un servicio itinerante en el Perú.

La interpretación por parte de comunidades nativas de la salud es contraria al sistema occidental médico, cuyos desencuentros y la falta de preparación para interpretar este proceso determina accidentes como el ocurrido.

Un sistema médico tiene una conceptualización de lo que es salud y enfermedad, cuáles son las causas y sus procesos de curación, quién es el encargado de curar, etc. Existen tres tipos de sistemas médicos: uno, el sistema médico occidental, considerado como oficial- el cual es hegemónico (SMH), segundo, el sistema alternativo o tradicional (SMA), y tercero, el sistema de autoatención, todos interrelacionados entre sí. En las comunidades visitadas los tres modelos se ponen de manifiesto: el tratamiento se inicia con la automedicación, ya sea con la ingesta de infusiones o extractos de yerbas o de medicamentos, cuyos fines terapéuticos fueron comprobados por una experiencia anterior. Si a lo largo del proceso de automedicación, no se encuentra solución, se visita al médico de campo (sistema médico alternativo o tradicional).

El primer nivel de atención tiene características marcadas como son su fundamento en la experiencia; los grupos sociales no la excluyen de su práctica cotidiana, es socializada y transmitida de generación en generación. La autoatención es la base de todos los sistemas médicos.



El sistema médico hegémónico en esta zona está representado por los puestos de salud y las acciones de los equipos extramurales de salud. El sistema tradicional o alternativo juega un papel primordial en la atención de la población de estas comunidades, sus representantes tienden a la especialización. Así tenemos parteras, curanderos, hechiceros, santiguadores, pulseadores. Los servicios que brindan no tienen horario: estos "curadores" siempre acuden al que lo que se necesite, la salud no es considerada como una mercancía (en su mayoría no cobran), sino como un medio para obtener y mantener prestigio en la comunidad.

Los equipos extramurales no tratan de cubrir las expectativas de la gente, sino de llegar a quienes realmente necesitan la atención. Esto causa descontento en quienes esperaban una distribución masiva de medicamentos, aún sin tener enfermedad alguna. En el caso de las gestantes, el equipo extramural durante su intervención entabla contacto con las parteras, con la finalidad de saber cuántas gestantes residen en la zona. Como sabemos, ellas son las guías durante el período de gestación, muchas de ellas no concurren a la atención de salud. La población opina que no asisten «por que ya tienen madrina (partera)», o «tienen vergüenza». La

vergüenza está relacionada con tener que enseñar el abdomen, con que manos extrañas las toquen, con los procedimientos de control. A las gestantes que acuden se les trata de concientizar para que se conviertan en colaboradoras de la atención y traten a su vez de convencer y acompañar a las renuentes del uso del servicio obstétrico. En otros casos se les visita en casa, pero tienden a esconderse y la familia niega su presencia.

Los ELITES del Perú son un intento por parte del gobierno para atender a un gran número de compatriotas que padecen de la peor de las enfermedades: el olvido, cuyos precarios niveles de vida los convierten en comunidades vulnerables. La visión mágico-religiosa ancestral del proceso salud-enfermedad, confrontado a un modelo administrativo y político resultan en procesos inadecuados de atención con consecuencias como las antes mencionadas. El abordaje debe ser integral, donde confluyan variables como educación, salud, aspectos económicos y políticos, y donde se establezca una adecuada articulación entre los diferentes estamentos con el objeto de que la autosostenibilidad del proyecto sea a largo plazo, emponderado por los propios comuneros sin que sus costumbres y creencias sean alteradas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Population Referente Bureau – Elaborado por INEI.
2. INEI. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Lima, Perú.
3. INEI. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Lima, Perú.
4. MINSA. Ministerio de Salud, Lima, Perú.
5. MINSA. Ministerio de Salud, Lima, Perú.
6. ENDES. Encuesta Nacional de Demografía. Lima, Perú.
7. Dilma D, Hallaci R, Tinco B. Servicio de Salud de los Elites Sucre a las comunidades excluidas. Revista del Encuentro Científico Internacional. ECIPERU 2004; 1:8 - 10.
8. Programa ampliado de acuerdos de Gestión (PAAG)- Dirección General de Salud de las personas. MINSA. Lima, Perú.