SHU-PIHUI 85

№ 34

Ceta

Instituto de Estudios Tecnológicos de la Amazonía
BIBLIOTECA AMAZONICA
Iquitos - Perú



Revista latinoamericana de actualidad y análisis

Publicada por el CENTRO DE ESTUDIOS TEOLOGICOS DE LA AMAZONIA (C E T A)

Vol. X Abril-Junio 1985
No. 34

Director: Joaquín García Sánchez
Secretaria General: Bibiana Daigle Pelletier.
Coordinación General: José Alvarez
Consejo de Redacción: Antonio Aladro, Gastón Harvey, Jaime Regan, Jesús Carballo, José María Arroyo, Basilio Mateos.
Colaboradores: Maximino Cerezo B., Róger Rumrrill, Alberto Chirif, Juan Marcos Mercier, Françoise Barbira, Alberto Pontoni, César Villanueva.
Documentación: Alejandra Schindler
Bibliografía: Eloisa López de Soria.
Ilustraciones: Maximino Cerezo B., Humberto Ampuero.
Composición IBM: Alva Isern Catalao
Corrección de Pruebas: Julia Corina Ramírez Cabrera
Montaje: Rosín Azán Ayambo.
Offset: Pedro Lerma y Madinson Flores.
Administración: Julia Corina Ramírez y Martha Pinedo.

Edita: Publicaciones CETA.
Imprime: Talleres del Centro de Estudios Teológicos de la Amazonía.
Redacción y Administración: Putumayo 355, Teléfono : 23-35-52, Iquitos Perú.
Suscripción:

PERU:	1 No.	S/.	18,000.00
	4 No.		60,000.00
AMERICA LATINA:		$	15.00
ESTADOS UNIDOS:		$	18.00
EUROPA:.....		$	20.00

SHUPIHUI

CONTENIDO

Presentación

1. **TEMAS**
   - Políticas y Programas de Salud: Del Dicho al Hecho, *Dr. Alfredo Fort* 137
   - "Centralismo" y Salud en Iquitos, *Dr. Alfredo Fort* 145
   - Situación Epidemiológica de la Salud de la Población del Departamento de Loreto, *Dr. Edward García Martínez* 151
   - Problemática Actual de la Malaria, *Celso Fereira Ramos Filho, Paulo Francisco Almeida Lopez, Fernando Sergio Viana Martins* 173
   - La Lepra en Iquitos: Mitos y Realidades, *Dr. Ernesto Colán Bernal* 185
   - Problemática de la Salud Oral en la Amazonía, Alternativa y Solución, *Dr. Juan J. Ramírez García* 189
   - Perfil de los Promotores de Salud, *Julia Moura García* 193
   - Promotores de Salud - Proyección hacia el Futuro en la Amazonía Peruana, *Hna. Gaetana Soucy Martín* 199
   - El CAAAP: Proyectos de Salud, *Dr. Daniel Villar Narrea* 205
   - Testimonio de un Médico Rural en la Amazonía, *Dr. Félix Gómez Rumiche* 209
   - Plan Cívico Fluvial de la Amazonía Peruana, *Dr. Eduardo Ramírez del Risco* 213

2. **DOCUMENTOS**
   - La Enfermedad Capitalista de la Salud Popular, *Carlos Urrutia Ana Boggio, Alejandrino Maguiña* 219

3. **TEXTOS Y GLOSAS**
Salud y Campesinado en el Sur Andino 237
Antropología Médica y Medicina Folklórica en la Amazonía Peruana 245
Etnomedicina de la Amazonía 253
EL SIDA: ¿Otra Enfermedad "Tercermundista"? 260
La curandera de Oaxaca 261

4. **AL RITMO DE LA NOTICIA**

5. **BIBLIOGRAFIA**

PRESENTACION

La salud sigue siendo uno de los mayores problemas no sólo de la población amazónica, sino, en general, de la población nacional. Es un hecho demostrado a través de numerosos trabajos, que la salud del pueblo peruano se ha deteriorado conforme los diversos sectores indígenas y campesinos van siendo afectados, más y más, por la economía de mercado, ya que la imposición de este nuevo modelo no va aparejada a mejores condiciones de vida sino, todo lo contrario, al deterioro de su propia economía, crisis social y pérdida de conocimientos tradicionales. De allí que la salud deba ser considerada no como un problema médico sino, principalmente, como un problema económico y social.

En un momento en que la ciencia médica ha logrado notables avances en el campo del conocimiento y de la tecnología, resulta sorprendente que los más pobres de la sociedad peruana fallezcan a causa de enfermedades cuyas consecuencias hace tiempo dejaron de ser mortales, de la falta de atención médica y hasta de la carencia de sencillos medicamentos y materiales de curación. En este sentido, recordamos con tristeza el dramático caso de un niño que muriera hace un año en Lima, porque sus padres no pudieron pagar el hilo quirúrgico que se necesitaba para suturarle una herida.

Si la salud es un problema fundamentalmente económico y social nuestros médicos y nuestra población no deberían impresionarse tanto de los avances de la ciencia médica en el mundo sino de hacer accesible a la población nacional las soluciones a su alcance económico y cultural, y de encarar, a partir de nuestra propia realidad, en forma integral, una vía de desarrollo dentro de la cual la medicina cumpla un rol social. La medicina como medio de lucro al servicio únicamente de los sectores más ricos no es, en definitiva, la medicina que un país subdesarrollado como Perú requiere

Es preciso, además, valorar formas productivas y de organización que devuelvan al pueblo peruano su capacidad creadora de cultura, dentro de la cual el conocimiento y utilización de medicamentos vegetales ocupa un lugar destacado.

En este número, SHUPIHUI, presenta un panorama de la situación de la salud en Loreto. Hay temas que nos hubiese gustado que aparezcan en este volumen, como, por ejemplo, la salud mental, la drogadicción, o los accidentes de tráfico como una de las causas de la muerte en un medio que se hace cada vez más violento. Por desgracia, a pesar de haber sido solicitado el desarrollo de estos temas a especialistas, no ha sido posible conseguir que finalmente los escribieran. Hemos incorporado, además, artículos tomados de otras publicaciones que, estamos seguros, ayudarán al conocimiento y la reflexión de quienes trabajan en el campo de la salud y de quienes están preocupados por el desarrollo regional.

SHUPIHUI agradece sinceramente la colaboración de todas las personas, médicos, sanitarios y misioneros, que han hecho posible la aparición de este volumen.

temas

POLITICAS Y PROGRAMAS DE SALUD: DEL DICHO AL HECHO...

Dr. Alfredo Fort (*)

LA medicina ha sido tradicionalmente un conjunto de actividades de carácter individual entre el médico-sanador de enfermedades –y el paciente– el que busca ayuda cuando está enfermo. Esta visión doméstica y popular invariablemente ha estado asociada con elementos como **prestigio, promoción socio-económica** (del médico) y **poder adquisitivo** (del paciente). Es más, su ámbito de acción nunca pasó más allá de los muros de los **hospitales** ni las salas de espera de los **consultorios**. Medicina individual, intrahospitalaria, receptiva, curativa.

Sin embargo, desde hace tres décadas, en forma paulatina, va tomando cuerpo una filosofía distinta, la que no ve sólo enfermedades y su cura, sino la prevención de los males y mantenimiento de la salud. El enfoque pasa de lo individual a lo comunitario, de los exámenes médicos a los Programas de Salud, de la espera de casos a la búsqueda de contactos y a la educación sanitaria. Del paternalismo médico viene la participación organizada de la comunidad trabajando conjuntamente con un **equipo** de salud (médicos, enfermeras, auxiliares, obstetrices, ingenieros sanitarios, asistentes sociales, nutricionistas, promotores, parteras, etc.).

(*) El Dr. **Alfredo Fort**, Master en Salud Comunitaria, es Director de Salud Materno-Infantil de la Región de Salud de Loreto.

ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

De programas pioneros en Africa, Méjico, China y otros países, deviene, en 1978, una Reunión Internacional en la ciudad de Alma Ata, Rusia. Allí se recogen las aspiracioanes del Mundo pobre que quiere desarrollar su salud en base a una estrategia diferente. Es así que surge el concepto de ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD, definida como *"... la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación"*. Los países firmantes de la declaración, en su mayoría representantes de los *"Países del Tercer Mundo"* (Perú, entre ellos) se comprometían a llevar adelante los Programas y Políticas para lograr una ambiciosa meta titulada *"Salud para todos en el año 2,000"*: que todos los habitantes tengan para esa fecha siquiera el **acceso** y **disponibilidad** de servicios de salud de diferentes niveles de complejidad de acuerdo a su requerimiento.

El reto de esta nueva visión era que fuera traducida en una DECISION POLITICA de cada gobierno que diera paso entonces a una reorganización de los Ministerios de Salud, Educación, Recursos Naturales (Agricultura, Pesquería, etc.), Institutos y Universidades hacia los nuevos propósitos. Lógicamente involucraba un paso fundamental: la adecuación de los Presupuestos Nacionales; la asignación de los recursos en forma prioritaria al ensamble de los nuevos Programas, dejando de lado viejos modelos de prestación de servicios.

EN EL PERU

Pues bien, ¿qué ha sucedido en el Perú?. Primero se rindió homenaje a don Manuel Núñez Butrón, médico puneño quien ya en la década del 40 trabajaba directamente en las comunidades pobres formando sanitarios populares a quienes denominó *"RIJCHARY"*, cuya traducción literal al castellano es *"DESPIERTA"*: los *"despertadores"* de la salud en el campo. Luego se formaron comisiones al interior del Ministerio de Salud para **adecuar** los programas existentes a la nueva técnica. La palabra ATENCION PRIMARIA comenzó a escucharse por todos los corrillos, sin saberse a ciencia cierta qué implicaba.

Y aquí vienen las incongruencias. Aquella VOLUNTAD POLITICA para el cambio hecha DECISION, que produce transformaciones estructurales y funcionales, no se ha dado en el Perú. Atención Primaria de la Salud es otra *"demagogia"* más (comillas por la forma de utilizar el término). Ha ingresado al mundo de los *"slogans"* que todos repiten sabiendo que así estarán a la moda. Mientras tanto, la política sanitaria antigua

se ha mantenido. El gobierno siguió destinando porcentajes tan irrisorias para el Sector Salud como el 3.8%; el énfasis siguió siendo el de mejorar los hospitales, ampliarlos o construir nuevos; los médicos han seguido siendo los *"pilares"* sobre los que la salud descansa; los Programas de Salud siguieron quedándose *"intramuros"* (significativamente los únicos Proyectos de Desarrollo y Extensión de Servicios de Salud han sido los llevados a cabo con Cooperación Técnica Internacional). El anterior Servicio Civil de Graduandos (SECIGRA) que se realizaba por **un año** en los Pueblos Jóvenes o zonas rurales del país se *"perfeccionó"*: ya no eran graduandos sino *"graduados"* los que salían, o sea médicos titulados. Pero el período fue rebajado a sólo 6 meses (que es el tiempo mínimo de adaptación de una persona a un nuevo ambiente). Se adujo *"por insuficiencia presupuestal"*. ¿No es esto prueba de la ausencia de DECISION POLITICA?

Los medicamentos básicos –antes llamados así– son una respuesta urgente al cada vez mayor alejamiento de la terapéutica con respecto a la capacidad de compra de los hogares peruanos. Consisten en medicinas provenientes de las mismas industrias farmacéuticas que son elaboradas exactamente de la misma manera que las comerciales (al menos así se supone). Ya sea por subvención o por convenio su precio de venta al público resulta bastante menor. Lógicamente la industria se ahorra toda la publicidad (literatura en material de alta calidad, viajes, presentaciones por los visitadores médicos, *"regalos"* a los médicos, etc.). Igualmente, la presentación del producto se hace en envases más sencillos. En contrapartida, los médicos de las Instituciones Públicas están obligados *"moralmente"* a prescribir estos fármacos a los pacientes que allí acuden.

¿Qué ha sucedido con este programa?. Primero, la asignación presupuestal a las dependencias ejecutoras del Ministerio, las Direcciones Regionales de Salud, no previó un suplemento que les posibilitara hacer los grandes pedidos que sus Regiones requerían. El resultado ha sido que estos Medicamentos Esenciales (nuevo nombre) han estado presentes en los hospitales a manera de *"muestras médicas"*, en pequeñas cantidades, casi como un símbolo de la obediencia de las instituciones hacia las disposiciones superiores, más nunca como un medio útil para la salud. Segundo, faltó un adecuado control de la cantidad y **calidad** de los productos. A menudo faltaba una continuidad en su producción no pudiendo las farmacias hacerse de los *"Stocks"* necesarios. Pero lo más grave sucedió con el control de calidad de los fármacos. Con el tiempo, los prejuicios parecieron confirmarse al notar una menor efectividad de los medicamentos básicos o esenciales con respecto a los comerciales. Ejemplos concretos constituyeron las ampicilinas, utilizadas

para las infecciones respiratorias agudas en infantes o infecciones urinarias. El Diazepam o Válium no dominaba los ataques convulsivos ni las contracturas tetánicas con la presentación *"barata"*. Entonces sobrevino el descrédito total del Programa. La Acción no debió ser *"lanzada"* sino *"conducida"* a través de una DECISION POLITICA fuerte y sostenida.

EN LORETO

Pero veamos ahora ¿qué ha sucedido en Loreto?

Se analiza en otro artículo de esta misma revista cómo la mayoría de programas y recursos se encuentran concentrados en la ciudad de Iquitos. Fuera de la ciudad la cosa cambia drásticamente: en toda la Región de Salud de Loreto, existen sólo 14 Centros de Salud pertenecientes al Ministerio para más de 300,000 habitantes. En la zona rural los verdaderos médicos son los llamados *"Sanitarios"*, muchachos con educación secundaria y entrenamiento en asistencia básica de salud, al mando de cerca de 100 Postas Sanitarias en toda la región. Ellos atienden desde embarazos hasta diarreas agudas, infecciones respiratorias, suturas y curaciones de accidentados, vacunaciones en los caseríos de su jurisdicción, y hasta realizan charlas comunales y entregan víveres de los Programas Alimentarios del Ministerio. Sin embargo, ellos, como los médicos, enfermeras y auxiliares, son verdaderos *"peones"* que reciben inadecuada compensación a sus esfuerzos. En el caso de los profesionales generalmente son enviados a la *"periferia"* justamente cuando recién se les contrata, de manera que no tienen el nivel de salario de los nombrados (ni estabilidad laboral). Primer castigo. Los Centros de Salud no tienen suficiente presupuesto, de modo que a duras penas reciben alojamiento, mas no alimentación, ni siquiera en las noches *"de guardia"*. Segundo castigo. Dado que ellos viven en aquellos centros, están sujetos a ser llamados todos los días a cualquier hora. Como en Lima los Centros de Salud cierran a las 2 de la tarde, entonces se dió una disposición **nacional** de que los médicos de Centros de Salud no estaban incluidos en el pago de guardias hospitalarias... Tercer castigo. Si a todo ésto añadimos el hecho que su misma situación de contratados no les permite hacer uso de becas de capacitación (sólo tienen derecho a ellas los nombrados), podemos entender cómo enviar a alguien a trabajar a las zonas rurales viene a ser un auténtico CASTIGO. Más parece una **medida disciplinaria** que una política de salud. Mientras tanto, médicos de Colombia en zona de frontera reciben tres sueldos. Similar situación viven los sanitarios, quienes además de atender en lugares verdaderamente alejados ven año tras año disminuir la posibilidad de trabajar adecuadamente por la bendita escasez de presupuesto

PRESUPUESTO Y LOGISTICA

Por todos es conocido que el gasto para recorrer una distancia por vía fluvial es 4 ó 5 veces mayor lo que sería por la terrestre. De allí que los costos para llevar adelante los Programas de Salud, que implican comprar combustible y carburante para abastecer a todos los puestos sanitarios, además comprar medicamentos, material de escritorio, reparar equipos defectuosos y finalmente realizar la supervisión trimestral de los Puestos, resultan elevadísimos. Tanto que no son *"entendidos"* los presupuestos que se presentan al Nivel Central, en Lima. Como anécdota en una ocasión nos devuelvèn unas facturas no aceptadas por la Dirección de Administración del Ministerio de Salud, donde se dice que *"debemos conseguir medios de locomoción más baratos, por ejemplo, un* **colectivo**, *para así consumir menos combustible..."* Desconocimiento y ceguera total de burócratas enquistados. Para el año 1985, por ejemplo, en el Presupuesto para los Centros de Salud y Puestos Sanitarios de las zonas rurales, de los 323 millones mínimos que se necesitaban para realizar las compras de combustible, sólo se aprobaron... 80 millones! ¿Qué se puede hacer con una cuarta parte de lo mínimo necesario?

La respuesta está que transcurridos ocho meses del año, sólo se ha podido abastecer al río Marañón para que sus sanitarios vacunen y se trasladen a sus caseríos. No nos sorprendamos si en 6 meses más aumenta la incidencia de enfermedades tan serias en los lactantes como la tos convulsiva y el sarampión, fácilmente prevenibles por vacunas.

Políticas y Programas...

HOSPITAL REGIONAL

Veamos cómo se juega con las expectativas populares. La gente común y corriente **asocia** la salud con **hospitales** y **médicos**. Todavía no conocen lo que es Atención Primaria de la Salud, la posibilidad que la **mayoría** de la población pueda prevenir las enfermedades más frecuentes, que la mayoría de su población pueda ser atendida eficazmente en los puestos de salud básicos, y que sólo una **minoría** sea la que tenga que viajar para hospitalizarse y recibir tratamiento especializado. No saben. Entonces, los políticos en lugar de asesorarse convenientemente y buscar una salida en base a conocimientos técnicos que **mejoren la situación**, aunque no se **vea** inmediatamente, optan por el fácil recurso del SENSACIONALISMO.

La construcción del Hospital Regional de Iquitos, aquel enorme edificio en el cono Nor-Oeste de la ciudad, Av. 28 de Julio, se inició durante la época del gobierno militar y se terminó en 1981. En aquella épo-

ca costó 3 mil millones de soles que al cambio de entonces era de US $. 7'500,000. Al cambio actual, ese hospital habría costado la astronómica cifra de 97,500 millones de soles!. De por sí ha significado un importante egreso de los fondos del CANON PETROLERO. Ahora bien, ¿cuánto costará **hacer funcionar** a este monstruo?. Se ha calculado que para que funcionen solamente 200 camas de las 450 que tiene, con un personal inicial de 489 personas, para 1986 se necesitaría la bicoca de... 11 mil millones de soles. Para que el lector pueda comparar, ése es el Presupuesto que se le da a la Región de Salud de Loreto para todo el Departamento durante un año. O sea, habría que **duplicar** el Presupuesto que Salud tiene. ¿Y a quién serviría este Hospital?. Estudios en varios países en desarrollo indican que el 90% de pacientes que atieden un hospital provienen de un radio no mayor de 2 millas a la redonda. Con este hospital, en lugar de descentralizar los servicios para que **lleguen** hasta los últimos rincones del departamento, se va a fomentar una mayor inmigración para ser atendidos *"de lujo"* (¿será así?). POLITICA ERRONEA versus Ciencia. Gana la primera en contra de quienes dice apoyar.

Similar es el caso de los Pueblos Jóvenes de Iquitos. Ahora es la ciudad *"mejor iluminada"* del país. Sin embargo mantiene una tasa (estimada) de 120 niños menores de 1 año por cada mil nacidos vivos, que mueren anualmente, sobre todo por infecciones respiratorias y diarreas agudas. Sólo nos sobrepasan los olvidados departamentos de la Sierra Sur, con respecto a esta tasa! ¡Pero hay luz! ¡se puede ver televisor! ¡Cordelor se pasó!... Sin embargo, lo que esta ciudad necesita a gritos es un sistema integral de desagüe que elimine la gran contaminación existente en los canales abiertos tan *"característicos"*, cuyas aguas negras inundan las pistas y casas cuando hay lluvias. Nuevamente Política Errónea Vs. Ciencia.

Por eso es que se necesita un mayor aporte de la ciencia en nuestro país. Y una Políticas basada en sus conclusiones, acorde con ella. Las tasas e indicadores no cambiarán con los discursos sino con obras y programas al servicio de los más necesitados. He allí el retò actual.

REFERENCIAS

- MINISTERIO DE SALUD "Atención Primaria de Salud en el Perú" – Comisión Nacional de Atención Primaria de Salud, LIMA - 1981.
- XVI REGION DE SALUD DE LORETO-OFICINA PRESUPUESTO Y PLANIFICACION, Plan Operativo de Salud 1985-86 Iquitos, PERU.
- XVI REGION DE SALUD DE LORETO-DIRECCION DE NORMAS, SUPERVISION Y EVALUACION-INFORMES VARIOS 1983-85.

– AREA HOSPITALARIA No. 61 IQUITOS-Informe sobre la Situación de los Servicios Periféricos-Iquitos, 1985.



De Próxima Aparición

manual para promotores en salud

5ta. edición

Edita:
CETA
Iquitos - 1986

"CENTRALISMO" Y SALUD EN IQUITOS

Dr. Alfredo Fort (*)

ASI como Lima, la centralista, concentra las tres cuartas partes de los poderes y recursos existentes en el país, y por ende también agrupa en sí misma importantes problemas, así también Iquitos –la centralista de la Selva– es ahora una ciudad que afronta situaciones serias desde el punto de vista demográfico, socio-económico y sanitario.

Considerando a la región *"Selva"* integrada por los departamentos de Loreto, San Martín, Amazonas, Ucayali y Madre de Dios, el primero concentra al 35.5% de la población de ella. Pero su principal contraste radica en lo siguiente: la Densidad de Población en el Departamento es de tan sólo 1 habitante por Km^2, lo que indica lo relativamente despoblado y al mismo tiempo extenso del área. Los casi 300,000 Km^2 de su superficie equivalen al 29.5% del territorio nacional. Sin embargo, la ciudad de Iquitos tiene en 1985 nada menos que 210,433 habitantes, **el 36.2%** de la población total de Loreto. Lima en 1981 tenía el 27% de población del país. Es decir, relativamente hablando, en Iquitos hay mucha más concentración de población con respecto al Departamento que la que hay en Lima con respecto al país.

Pero no sólo es materia de concentración de Población. También el fenómeno se repite tratándose de la **distribución** de los recursos humanos calificados. Así, el 72% y 85% de médicos y enfermeras, respectivamente, se encuentran asentados en la ciudad.(*)

En cuanto a distribución de camas, el 71.7% de las existentes en la Región se encuentran en la ciudad y si lo relacionamos con la población, tenemos allí una mínimamente aceptable tasa de 3.2 camas por 1,000 habitantes. En la zona rural, en cambio, nos queda una tasa con cifras de escándalo: 0.7 camas por 1,000 habitantes. Pero allí no termina la cosa. Sabemos que las camas de las instituciones privadas, del Seguro, o Fuerzas Armadas en el campo atienden a un porcentaje extremadamente bajo (el 10% en su conjunto) de la población. Significa ésto que sólo las 94 camas del Ministerio de Salud que hay en la *"periferie"* (incluidas las de los ocasionales Buques-Tópico del Servicio Cívico Fluvial) tienen que atender a 333,787 habitantes, con la irrisoria tasa de **0.3 camas por 1,000 habitantes**. He aquí pues otro ejemplo de la injusta distribución de los recursos de Salud, del *"Centralismo"* de la Selva. La concentración urbana en Iquitos-sabemos-se ha debido a una *"avalancha"* migratoria que desde principios de siglo viene ocurriendo por el fenómeno de la explotación del caucho y más intensamente en el último cuarto de siglo con la explotación de la madera y la extracción del petróleo. Oleadas de familias vienen anualmente a la ciudad en busca de *"mejores condiciones de vida"* simbolizadas en la educación, bienes materiales y salud. Y si bien algunas de estas son parcialmente alcanzadas, otras que rápidamente los envuelven *"empeoran sus condiciones de vida"*: hacinamiento, desempleo, consumismo, destrucción familiar y miseria.

En 1964, el 41% de la población de la ciudad habitaba en *"Pueblos Jóvenes"* pasando, en, 1981, a componer casi el 70% de la ciudad. Igual que en Lima –pero más acelerada y dramáticamente– crece la ciudad vertiginosamente. El ritmo de crecimiento medio anual para las dos ciudades fue el mismo: 6.1% para el período comprendido entre 1961 y 1972. Sin embargo, mientras Lima disminuye a 3.7% en el período 1972-81, Iquitos mantiene un crecimiento anual de 5.3%.

¿Cuál es el resultado? Nuestra ciudad tiene en la actualidad 24 Pueblos Jóvenes y 45 *"Asentamientos Poblacionales"* (más precarios que los anteriores) con un total de 130,000 habitantes.

(*) El caso de los médicos es aún más alarmante. El 65% de los que están en el área rural son miembros de la Fuerzas Armadas, aunque sólo tienen responsabilidad para atender al 2% (!) de la población.

Actualmente la hanseniasis ha pasado a ser una más de las enfermedades transmisibles y dejado de ser el tabú de años pasados; nuestros conocimientos médicos nos permiten ofrecer un diagnóstico precoz, con mucha certeza, y un tratamiento radical a corto plazo.

Tenemos la esperanza de que en algunos años más nadie hablará de la hanseniasis como aquella enfermedad estigmatizante bíblica o de castigo divino, sino que se hablará de ella como hablamos del resfrío común, de la malaria o del sarampión.

PRONOSTICOS

De persistir la situación actual, el pronóstico de varios de los programas de Enfermedades Transmisibles es muy reservado, y la situación epidemiológica de estas enfermedades se irá deteriorando paulatinamente.

Así tenemos, por ejemplo, el Programa de Malaria, que ha venido deteriorándose lentamente en el último decenio; de persistir esa tendencia tendremos dentro de poco más casos de malaria que antes de iniciarse el programa, porque ya existen actualmente zonas donde ingresar representa un tremendo riesgo, es el caso de los ríos Chambira, Urituyacu, Caimarachi, Paranapura y otros.

El Programa de Inmunizaciones, del mismo modo, se está deteriorando tanto en el área rural, que las epidemias de sarampión y tos ferina que se habían controlado, pronto se harán presentes y cobrarán vidas inocentes de nuestros niños ribereños.

No deseo ni siquiera pensar qué va a pasar con nuestra población laboral de continuar la situación existente en el control de la tuberculosis; en pocos años tendremos una población económicamente activa reducida a un grupo de hombres escupiendo sangre, otros temblando con los escalofríos del paludismo, y ambos grupos viendo cómo sus hijos mueren uno a uno.

Si la situación cambia tal como se está vislumbrando o como se espera, podremos intentar hacer esfuerzos para modificar las estructuras de morbi-mortalidad de nuestra población y disminuir las tasas de incidencia a niveles que permitan un desarrollo armónico de la población amazónica.

Estos cambios deben reflejarse en un incremento sustancial del presupuesto y en un cambio de actitud de los servidores de salud y de la población misma.

SUGERENCIAS

Estoy convencido de que todo hombre que está comprometido con la amazonía peruana debe aportar en todo lo que está a su alcance para el desarrollo de la misma. Es así que a través de este artículo quiero permitirme deslizar, a manera de sugerencias, algunos conceptos de lo que entiendo que debe modificarse para lograr los cambios anhelados en el campo de la salud.

En primer lugar, si queremos tener transformaciones sustanciales, debemos cambiar los lineamientos de política de salud que viene sosteniéndose desde años atrás.

Es así como debiera implementarse lo siguiente:

a) Organización activa de la población, respetando sus propios patrones culturales y orientada a participar en las decisiones y en la acción de las actividades de salud.

   Esto permitirá que la comunidad no juegue un rol pasivo en la recepción de las acciones de salud y el Estado, por su parte, un rol paternalista, sino que será ella quien decida cuáles son sus necesidades de salud y cuáles las prioridades, y que ejecute, conjuntamente con el Estado, las acciones planificadas y evalúe los resultados obtenidos de éstas. En otras palabras, que sea directora y actora de su propio destino con la orientación de los técnicos y el apoyo económico del Estado.

b) Recomposición de la estructura presupuestaria del país, asignando al Sector Salud un mínimo del 15% del presupuesto nacional, y reestructuración de este último, asignando una mayor proporción a bienes y servicios que a personal.

   Este lineamiento permitirá que ingentes cantidades destinadas al armamentismo o a la burocratización de algunas instituciones, sean orientadas a la solución de problemas de la población marginada. Asimismo, que el presupuesto de salud tenga una composición acorde con las acciones a realizarse, destinándose el mayor porcentaje a brindar las atenciones de salud y no al pago de sueldos como ocurre actualmente.

c) Reorientación de las actividadesd de salud destinándolas prioritariamente a actividades preventivo-promocionales, tanto rurales como urbano-marginales, dejando en segundo lugar la atención recuperativa.

Desde muchos años atrás se ha venido gastando ingentes cantidades de dinero en la construcción de enormes y sofisticados hospitales, que llevan implícito un enorme costo de construcción y funcionamiento, destinados solamente a un pequeño grupo poblacional.

Deben orientarse por consiguiente las acciones para evitar que la población enferme y muera, y estas acciones no se hacen con grandes hospitales, sino con la movilización misma, apoyada en pequeños establecimientos distribuidos de tal manera que toda la población tenga acceso a ellos.

También permitirá que no sea solamente una élite urbana la favorecida, sino las grandes mayorías de pobladores rurales y de pueblos jóvenes.

d) Ejecutar acciones de coordinación multisectorial dirigidas a solucionar el problema nutricional de los menores de 6 años, destinándose a este grupo de edad la primera de las prioridades.

Es el niño de 1 a 5 años el gran olvidado de las políticas de salud. Si bien hasta el año recibe alguna atención, a partir de entonces y hasta los 5 años nadie se acuerda de él, olvidándose que hasta esta edad el niño se encuentra en constante desarrollo de su capital más valioso que es su cerebro, asiento de su inteligencia y su personalidad; se olvida que la desnutrición en esta edad afecta primeramente su capacidad para el aprendizaje, con lo que se está comprometiendo el futuro de la nación.

Las acciones deben ser eminentemente multisectoriales, pues el sector salud por sí sólo no podría solucionar los problemas; por consiguiente se necesita de una amplia coordinación intersectorial y una gran participación comunitaria.

e) Descentralización y desconcentración efectiva de la administración de salud con la participación de la comunidad organizada como ente planificador y fiscalizador. Esto permitiría arrancar de la capital de la República todo el poder de decisión que allí está concentrado y trasladarlo a las jefaturas departamentales de salud, y de éstas a las provinciales, distritales y comunales, que es el nivel donde debe decidirse y ejecutarse acciones.

e) Asimismo, en cada uno de estos niveles deberá notarse la presencia activa y responsable de la comunidad organizada en todos los momentos de la administración sanitaria.

Estos lineamientos y las acciones de política que de ellos se derive, debidamente implementados, permitirán lograr cambios sustanciales y de trascendencia en las poblaciones de la amazonía, que desde hace tantos años está siendo relegada y privada de tener un acceso a los servicios de salud, pudiendo de esta forma cumplirse con un deseo manifestado por OMS: *"Salud para todos en el año 2,000"*




C.B

PROBLEMATICA ACTUAL DE LA MALARIA (*)

Celso Ferreira Ramos Filho
Paulo Francisco Almeida Lopes
Fernando Sergio Viana Martins

INTRODUCCION

El descubrimiento que la fumigación intermitente con DDT en el interior de las casas llevaba al cese de la transmisión de la malaria, y que transcurridos cerca de tres años de esto no se restablecería dicha transmisión, aún cuando se dejara de rociar, llevó a que, en 1955, se iniciase, bajo el patrocinio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), un vasto plan dirigido a la erradicación mundial de la endemia. Veintiocho años después, este plan se encuentra ya desactivado y la malaria resurge en casi todas las partes del mundo, inclusive en Brasil

(*) Tomado de la revista Ars Curandi Enero-Febrero. 1984 pp. 70-84. Traducido por Alejandra Schindler

ESTADO ACTUAL

LA campaña de erradicación del paludismo presentó, en sus inicios, resultados brillantes: ya en 1960, dieciocho países o territorios habían eliminado la plasmodiosis de su nosología y otros cuarenta y dos presentaban áreas en que la transmisión se interrumpía. Esto significaba que más del 25% de la población del área originalmente malárica estaba libre de la endemia, y cerca del 50% en vías de librarse. De los 250 millones de casos al año, decrecía la morbilidad mundial a apenas 50 millones y el número anual de muertos de 2 millones 500 mil a 1 millón, en el período de 1957 a 1966.

Mientras tanto, en algunas áreas surgían pequeños problemas y diversos países demostraban regresión en su estado epidemiológico. En 1969, la OMS concluía que la erradicación de la malaria era un objetivo a ser alcanzado a largo plazo y que sería perseguido apenas en aquellas áreas y en aquellos países en que hubiese perspectivas favorables; en los otros, la estrategia de erradicación sería substituida, chequeando el control de la endemia, aguardándose condiciones favorables para procurar entonces su erradicación.

La situación mundial se deterioró acentuadamente, no obstante aquella reorientación estratégica. Así, el número de casos de malaria en el mundo aumentó de 2 a 3 veces entre 1972 y 1976, situándose en 300 millones y, calculándose que sólo en Africa ocurrirían (y ocurrieron) cerca de 1 millón de muertes en niños de un año.

Las causas de este fracaso mundial son múltiples: problemas como la resistencia de los anófeles al DDT y a otros insecticidas, resistencia del **Plasmodium falciparum** a los quimioterápicos de síntesis. Sin embargo, más que estas causas técnicas, los factores administrativos y socio-económicos fueron los responsables de este resurgimiento, como la inexistencia o mal funcionamiento de las estructuras básicas de salud; inadecuada planificación y ejecución de actividades de reconocimiento geográfico, de fumigación y, principalmente, de evaluación epidemiológica; reducción del volumen de recursos disponibles a nivel mundial para el programa y elevación de los precios de insumos simultáneamente a la disminución del poder adquisitivo de los países en desarrollo frente a la inflación y recesión mundiales, combinadas con la quiebra de los precios de los productos primarios, principal fuente de divisa de esos.

Además, las situacines de conflicto armado y de inestabilidad política existentes en grandes áreas de transmisión, como el Sudeste Asiático y América Central y del Sur, perturban e interrumpen las actividades de erradicación. Precisamente en estas áreas la malaria ensayó su poco auspicioso retorno, aunque no se limitó a ellas: el subcontinente indio sufre un gran crecimiento de casos, y países del Asia Menor experimentan el mismo proceso. Al mismo tiempo este deterioro mundial y el aumento desmedido de la morbilidad poblacional en la época del jet hicieron que en los países de Europa y de América del Norte, donde la malaria se encuentra erradicada, pasasen a recibir el influjo de millares de casos importados por año. Por otro lado, en el gran reducto mundial de la endemia –Africa– nada de significativo fue hecho para reducir, de forma visible, la prevalencia de la malaria. La figura No. 1 detalla la distribución mundial de la malaria.

En Brasil, el dominio geográfico de la malaria viene siendo reducido progresivamente, ocurriendo transmisiones, hoy en día casi sólo en la Amazonía Legal, aunque en sus grandes ciudades, como Belén y Manaos, esté erradicada, siendo bajo o nulo el potencial de transmisión en largos trechos con población estable. La malaria se da en áreas de Goiás y Mato Grosso del Sur, además en el Noroeste de Paraná y en áreas limitadas de Santa Catalina. En el actual momento, se da un brote epidémico en el sur de Bahía, donde ya se había interrumpido la transmisión. (Fig. No. 2)

Si desde el punto de vista geográfico la malaria retrocede, el número de casos de malaria viene creciendo en forma impresionante (Figura 3): entre 1974 (64,689 casos) y 1982 (221,939 casos) el aumento fue de 343%.

Por otro lado, la enorme movilidad de la población brasileña hace que buena parte de los casos adquiridos en las áreas de transmisión se manifiesten fuera de ellos, donde la malaria ya no es transmitida. Así de los 7,289 casos notificados en el área de erradicación a corto plazo (Figura 2) en 1982, fueron investigados, por la SUCAM, 6,654; de estos apenas 595 se originaron realmente fuera de la Amazonía. En otros términos, el 96.71% de los casos observados en el país son en la Amazonía; de aquellos notificados fuera del área, apenas 8.9% son de origen local. Esto no impide el retorno de la transmisión en lugares donde la malaria ya había desaparecido: en 1980 fueron registrados 21 focos de este orden en 11 estados (PI, CE, PB, SE, ES, MG, RJ, GO, MS y SP) y en 1982, 15 casos en siete estados (PI, CE, PB, BA, RJ, MS y SP), con 229 casos de reintroducción en este último año.

El **Anófeles darlingi**, el mayor vector de la malaria en el país, continúa sensible al DDT, principal arma de control. Con todo, el programa de fumigación viene presentando problemas operacionales: en 1982, la protección de domicilios en la Amazonía alcanzó un promedio de 72 a 73% de lo deseable en el primer y segundo semestre respectivamente. En las áreas de erradicación a corto plazo, los índices correspondientes fueron del 54 al 75%. Estos resultados se debieron a los siguientes factores: escasez de personal de campo, falta temporal de insecticida, problemas operacionales y otros. Problemas como la transmisión extradomiciliaria, el hábito de dormir al aire libre y la ausencia total o parcial de paredes en las habitaciones dificultaron por su lado el control de la malaria en la Amazonía.

El factor principal, entre tanto, es la migración interna –principalmente por la forma caótica con que se da– ligada a proyectos agropecuarios, mineros, lavaderos de oro y la construcción de carreteras e hidroeléctricas, con flujo y reflujo de población y el establecimiento de grupos periféricos a los proyectos y campamentos. El elevado número de casos y la amplia dispersión geográfica permiten que la transmisión se dé sin medidas de control efectivas que puedan ser puestas en práctica en un tiempo establecido. Los nuevos proyectos en curso, inclusive las obras del Gran Carajás, no permiten prespectivas a largo plazo para el control de la malaria en la Amazonía Legal, pudiéndose, al contrario, esperar todavía una exacerbación de la transmisión en los próximos años, con nuevos episodios de reintroducción de malaria en áreas ya indemnes.

DIAGNOSTICO DE LA MALARIA

De forma autóctona o no, la malaria se presenta en todo el país. Su diagnóstico debe ser siempre sospechado en casos febriles, incluso si no se ha hecho viajes a las áreas de transmisión, ya que ésta no sólo puede, inopinadamente, darse en un lugar ya exento, sino también en forma anómala, por transfusión de sangre o por el uso de jeringas contaminadas, usadas por vía endovenosa, entre los drogadictos.

La malaria se da en ambos sexos y en cualquier edad. En las áreas ya erradicadas, sin embargo, hay una nítida predilección por el sexo masculino (por encima del 80%) y por el grupo de edad entre 20 y 40 años, que comprende cerca del 65% del total. Al menos en la ciudad de Río de Janeiro se nota un retraso en el diagnóstico, ya que cerca del 50% de los pacientes que hemos observado están enfermos hace siete días o más. Este hecho es alarmate cuando se sabe que el período críti-

co, en términos de desenlace fatal o no en un caso de malaria por **P. falciparum** (especie responsable de la casi totalidad de defunciones), se da entre el quinto y el décimo día.

Las señales y síntomas cardinales de la malaria son, por orden de frecuencia: fiebre, esplenomegalía, escalofríos, dolor de cabeza, sudor y hepatomegalía, a los cuales se suman grados variables de anemia. La fiebre de la malaria es clásicamente descrita como intermitente y periódica, además de elevada; este concepto debe ser analizado con cierta reserva, ya que, si casi el 50% de los casos de **P. vivax** de nuestra observación presentan una curva febril, apenas el 4% de las malarias por **P. falciparum** se comportan así. Además, cerca de un cuarto de los casos debidos a este último plasmodio presentó fiebre continua, y apenas un 64% del total de los casos observaron temperaturas máximas arriba de los 39 ^{o}C.

Las señales y síntomas de la malaria pueden ser didácticamente agrupados por alta, media y baja frecuencia, anotándose que para el **P. falciparum** la anorexia es de alta frecuencia y el insomnio y la diarrea ocurren con frecuencia (Tabla I). Además de eso, la hipotensión postural se da en la mayoría de los casos.

De las cuatro especies de plasmodio humanas, el **P. ovale** fue apenas descrito entre nosotros en infecciones importadas de la costa oeste del Africa, y el **P. malariae** es muy raro, correspondiendo, hoy en día, a menos de 0.01% de los casos diagnosticados. En general, el agente más común es el**P. vivax**, responsable del 55% de los casos, pero la proporción del **P. falciparum** es casi tan elevada, situándose en torno al 45%. De forma excepcional, pueden ocurrir infecciones naturales por plasmodios de primates inferiores, como el **P. simium**; Infecciones mixtas, principalmente por el **P. vivax** asociado al **P. falciparum**, responden por una minoría ponderable de casos.



TABLA I

SINTOMAS CLINICOS DE LA MALARIA

Frecuencia alta	Frecuencia media	Frecuencia baja
Fiebre	Astenia (debilidad)	Dolores en hipocondrio
Esplenomegalía	Náuseas	Insomnio
Escalofríos	Vómitos	Diarrea
Dolor de cabeza	Anorexia	Mareos
Sudores	Dolores musculares	Tos
Hepatomegalía	(Insomnio)	Astralgias
(Anorexia)	(Diarrea)	Ictericia
(Hipotensión)	(Ictericia)	(Hemorragias)

Los items entre paréntesis se refieren al **P. falciparum.**

Las infecciones por el **P. falciparum**, con frecuencia se revisten de aspectos de gravedad, justificando al sinónimo de fiebre maligna a ellas atribuída; son las llamadas "formas perniciosas de malaria". Generalmente se dan en pacientes sin experiencia inmunológica previa en relación a la malaria, y con ocasiones de la primera-infección. Dentro de los casos de **P. falciparum** que hemos observado, más del 20% se encuadran en este grupo; este porcentaje es más elevado que aquel generalmente anotado en la literatura mundial, y es ciertamente producido por el retardo del diagnóstico, al cual ya nos referimos, por errores en el diagnóstico de especie y también por la introducción de terapeútica por cloroquina, cuando prácticamente todas las muestras brasileñas de aquel plasmodio son resistentes a esta droga.

Las formas graves de malaria surgen precozmente en la evolución de la enfermedad, que a veces se inicia por este modo; la parasitemia es en general más elevada, pero, ocasionalmente, la hemoscopia puede ser incluso negativa, principalmente si se utiliza el **espregaço** de sangre periférico (*) en detrimento de la gota espesa. También la fiebre es variable y si en buena parte de los casos es continua, observándose la hiperpirexia, la elevación térmica puede estar ausente.

(*) No habiendo obtenido el equivalente castellano para **espregaço**, citamos la referencia que nos da el diccionario portugués: "Preparación microscópica que se obtiene por la distensión, sobre una lámina, de una capa delgada de materia orgánica o material utilizable como medio cultivo factimológico". Novo Diccionario Aurelio. Aurelio Buarque de Holanda Ferreira. São Paulo.

Estas formas se caracterizan por complicaciones multisistemáticas; así, es común la insuficiencia renal, como también es frecuente la ictericia reveladora de una complicación hepatocelular y de un proceso hemolítico exacerbado. Tanto la úrea cuanto la creatinina son elevadas (y a veces también el potasio sérico), pero las transaminaseas y la bilirrubina directa predomina sobre la indirecta en la mayoría de los casos. Es habitual que se comprometa el sistema nervioso central (SNC), caracterizándose por delirios, alucinaciones y alteraciones de la conciencia, somnolencia, sopor y coma en grados variables. Síndromes motores pueden surgir, localizados o no: hemiparesios, afasia y crisis convulsivas. Como la base fisiopatológica de estos cuadros es una pancapilasite difusa, con microtrombosis y hemorragia, se comprende esta variabilidad de cuadro neurológico presentado.

Son de muy mal pronóstico la presencia de choques –semejantes a los de tipo séptico en sus diversos aspectos, de hemorragia digestiva o en la piel, secundariamente tanto en los capilares cuanto un síndrome de coagulación intravascular diseminado– y una complicación pulmonar. Esto se debe, muchas veces, a una hiper hidratación latrogénica y se manifiesta precozmente por una taquipneia, que tiene por base una hipoxemia. El cuadro progresa como habitualmente lo hacen los síndromes de angustia respiratoria del adulto (SARA), como dispneia progresiva, acompañada de hipoxemia creciente y posteriormente de hipercapnia. Los rayos X revelan condensaciones difundidas múltiples.

En relación al auxilio de laboratorio, además del ya citado en relación a las formas graves de malaria, merece atención el hemograma, por la frecuencia con que es solicitado para el diagnóstico de los procesos febriles. Aparte de la anemia normocrónica y normocítica a que hicimos referencia, diversas alteraciones pueden ocurrir en la serie leucocitaria: la leucopeina es más frecuente que la leucocitosis, pero ocurre tanto como la normoleucocitosis; la neutropenia ocure dos veces más que la neutrofilia, pero no más que un porcentaje normal de polimorfonucleares.

A pesar de eso, la desviación de la fórmula para la izquierda es lo que se encuentra más frecuentemente, estando presente en más del 80% de las veces. La monocitosis le sigue en importancia y se presenta en más del 60% de los hemogramas, lo que no impide que la monocitapenia ocurra en una pequeña minoría.

La linfocitosis y la linfopenia tienen frecuencias semejantes en nuesta observación, y un porcentaje normal de linfocitos se muestra en poco menos de la mitad de los hemogramas. Es importante notar, bajo el

punto de vista del diagnóstico diferencial como enfermedades bacterianas, que los eosinófilos están normales o aumentados en más del 70% de los casos. La hemosedimentación se acelera en cerca del 45% de los casos.

Aunque existen métodos serológicos indirectos, el diagnóstico de la malaria se hace, obligatoriamente, por la demostración del parásito en **esfregaço** o en gota espesa de sangre periférica, coloreado, en el primero, por el método May-Grunwald-Giemsa y, en el segundo, por el de Walker o por el de Giemsa. En caso de que el primer examen sea negativo y sea fuerte la sospecha de malaria, la gota espesa debe ser repetida de seis en seis horas. Aunque este examen sea de mayor positivismo en presencia de parasitemias bajas, su observación exige cierto grado de habilidad, siendo más difícil el diagnóstico diferencial entre las especies cuando se lo emplea. El diagnóstico para detectar casos de malaria es simple, barato, fácil y rápido; no demora más de 60 minutos.

TRATAMIENTO DE LA MALARIA

El tratamiento de la malaria, para cualquier especie que no sea el **P. falciparum** se hace con cloroquina, dándose inicialmente 10 mg. de base por kilo de peso, seguido de tres tomas de 5 mg. de base por kilo de peso, 6, 24 y 48 horas después de la primera dosis, utilizándose generalmente la vía oral, a no ser que sean intensos los vómitos, entonces se opta por la vía parenteral, al menos para la primera dosis, que deberá ser de 5 mg/kg de peso. En caso se aplique por vía endovenosa esta dosis deberá ser diluida en 500 ml. de suero glucosado o fisiológico, y administrada lentamente durante cuatro a seis horas.

Los principales efectos secundarios de la cloroquinina son ardores y malestar epigástrico, pudiendo también ocurrir dolores de cabeza discretos y prurito. El uso endovenoso puede causar hipotensión y arritmias cardiacas, principalmente si la administración es rápida. Otros efectos secundarios de la cloquinina están asociados al uso prolongado o las altas dosis.

Para los plasmodios que presentan formas hepáticas de latencia (hipnozoitas), es decir, **P. vivax** y **P. oval**, es necesario el empleo suplementario de primaquina. Esta droga es distribuida en el país exclusivamente por la SUCAM y otros órganos oficiales, no encontrándose en el mercado. Debe ser empleada en dosis de 15 mg. de base al día, durante 14 días. En dosis usuales sus efectos secundarios son prácticamente inexistentes, a menos que el usuario sea portador de deficiencias de desidrogenase de glucosa 6 fosfato. En estos pacientes puede presentar-

se anemia, meta-hemoglobinemia y, más raramente hemólisis intravascular maciza. Es nuestra práctica verificar la existencia o no de esta ensimopatia congénita antes de usar la droga. En caso de que eso ocurra hacemos uso de dosis semanales de 45 mg. de primaquina, asociada a dosis superiores de cloroquina, del orden de los 300 mg. por semana por un total de ocho semanas.

TRATAMIENTO DE LA MALARIA POR EL "PLASMODIUM FALCIPARUM"

El tratamiento de la malaria por **P. falciparum** sensible a la cloroquina puede ser efectuado por esta droga de la misma forma que la descrita anteriormente. El **P. falciparum** mientras tanto, sólo se muestra sensible a ésta y a las otras cuatro aminoquinoleinas en países del Asia (con excepción de algunas partes de la India y de todo el Sudeste Asiático), de la Costa Occidental del Africa y de América Central (con excepción de Panamá). Todas las muestras de **P. falciparum** de origen brasileño deben ser consideradas como resistentes a la cloroquina para fines terapéuticos: el uso de esta droga no es seguro, y está asociado a una mayor gravedad final de los casos en que es empleada inadvertidamente.

La asociación sulfadoxina/pirimetamina es clásicamente prescrita para el tratamiento de las formas de **P. falciparum** resistentes a la cloroquina. Mientras tanto, la resistencia del falcíparo brasileño a esta asociación ocurre actualmente en un 50 a 70% de las instancias; sin embargo, no se ha estudiado la resistencia a las 4 aminoquinoleinas. Siendo así, tampoco empleamos en forma rutinaria esta asociación en nuestros pacientes; apenas aquellos semi-inmunes en recaídas y con parasitemia baja, son candidatos a esta asociación si no hubiesen hecho uso anterior de ella. Cada comprimido contiene 500 mg. de sulfa y 25 mg. de pirimetamina y administramos dos comprimidos al día, durante tres días.

El tratamiento de la malaria por **Plasmodium falciparum** de origen brasileño debe ser siempre hecho con el empleo de diálisis/quinina. Empleamos la dosis de 1 a 2 g. en 24 horas, fraccionado en dos a cuatro dosis, manteniéndose el tratamiento por siete a diez días. Si el paciente presenta signos de gravedad –hemorragias, insuficiencia renal, ictericia, alteraciones del SNC, desmayos, hipoxemia– o vómitos, optamos por la vía parenteral, disolviendo cada dosis en suero glucosado o fisiológico, volviendo a la vía oral si las condiciones clínicas lo permiten. La quinina es bastante tóxica, dando origen al cinchonismo, incluso en dosis comparativamente bajas, náuseas, síntomas gastrointestinales altos, tinnitus, prurito, exantemas y disturbios visuales. Por vía parenteral y a semejanza de lo que ocurre con la cloroquina, puede surgir hipotensión y

arritmias cualitativamente idénticas a aquellas que ocurren con su isómero d, la quinidina, que incidentalmente posee actividad antimalárica en nivel terapéutico.

Algunos plasmodios no responden enteramente a la quinina y recaen generalmente después de terminado el tratamiento; en estos casos podemos emplear la combinación sulfadoxina/pirimetamina. Eventualmente, en aquellos pacientes que después del uso de esta asociación, y después del nuevo tratamiento por la quinina son empleados antibióticos.

Damos preferencia a la tetraciclina, en dosis de 250 mg. por cada 6 horas durante siete días. La clindamicina puede también ser empleada, pero cualquiera de estas dos drogas no debe ser utilizada para el tratamiento de pacientes graves o apenas no inmunes, por lo menos de forma aislada: tienen acción lenta y habitualmente ocurre un aumento de la parasitemia antes de su decadencia y posterior extinción.

Una alternativa para el tratamiento de la malaria por el **P. falciparum** resistente es la mefloquina, droga emparentada a la quinina y administrada apenas por vía oral, en dosis única de 1,000 a 1,500 mg. Está todavía en fase experimental, y posiblemente será disponible a través de la SUCAM, probablemente asociada a la sulfa doxina y pirimetamina. Otra droga en experimentación internacional es el chingaosu, obtenida de una planta de la China, la **Artemisia annua.**

Todo paciente de **P. falciparum** fuera del área de transmisión deberá recibir 45 mg. de primaquina, contribuyendo a la destrucción de gametocitos en periferia y por tanto la infección de mosquitos. Tal práctica puede ser también empleada en las áreas de trasnmisión, jamás buscándose la profilaxia de la infección.

Cuidado especial debe tomarse con la hidratación parenteral en las formas graves de **P. falciparum**, ya que su exceso está implicado en la génesis de gravísima complicación pulmonar.

PROFILAXIA DE LA MALARIA

La profilaxia de la malaria en Brasil exige múltiples medidas. Más allá de la fumigación por el DDT, efectuada por el Ministerio de Salud, otras medidas deben ser tomadas; aquí se incluyen el uso de insecticidas en aerosol –en barracas, campamentos y otras habitaciones temporales– el cual debe ser hecho diariamente, por la acción fugaz de estos insecticidas, y el uso de repelentes en la piel. Se debe evitar quedar a sereno después de la puesta del sol.

Cuando esto fuera necesario se recomienda el uso de pantalones y camisas largas y de mosquiteros en las habitaciones.

No existe en Brasil un esquema eficaz y uniforme de quimioprofilaxis. Actualmente la SUCAM no recomienda su empleo. La OMS propone el uso de cloroquina (300 mg. por semana) por la prevalencia del **P. vivax** asociada a la sulfadoxina/pirimetamina (dos comprimidos por semana). En nuestra opinión, las personas que vayan a permanecer en el área de transmisión por menos de diez a quince días no deben recibir profilaxia, conducta a ser mantenida por aquellas que se dirigen a áreas en que haya acceso a la atención médica. Personas que se dirijan por largo tiempo hacia áreas aisladas, deben ser informadas del riesgo, y medicadas o no de acuerdo con la opinión conjunta del individuo y del médico. De cualquier modo, toda persona que se dirija a una área endémica debe ser informada de la posibilidad de que la malaria se le presente, independiente del tiempo de permanencia y de la medidas profilácticas tomadas, y orientada a buscar un médico en caso se presenten síntomas compatibles con la malaria, tanto en el área, como al retornar.

Todos los casos de malaria deben ser notificados a la SUCAM, para lo cual debe ser reservada una lámina de sangre periférica. Esta medida permite no sólo una buena adecuación terapéutica, sino una mejor visión de la situación epidemiológica del país y, principalmente, la identificación de la ocurrencia de la malaria en áreas ya erradicadas.



C.B.



LA LEPRA EN IQUITOS: MITOS Y REALIDADES

Dr. Ernesto Colán Bernal(*)

LA lepra o enfermedad de Hansen es una enfermedad secular en la región de Loreto. La lepra desde los tiempos bíblicos fue considerada como una enfermedad estigmatizante y es curioso que en pleno siglo XX, la palabra "Lepra" sea sinónimo de enfermedad mutilante, deformante, contagiosa y su sola mención despierte pánico, nauseoso rechazo de la sociedad, aun en las esferas intelectuales de alto nivel. Y es que en torno a la lepra se han tejido más mitos que realidades, creando interpretaciones erróneas y una marginación injusta del paciente leproso en la sociedad.

Por dichas razones el Fifth International Leprosy Congress en 1948 decidió abandonar la palabra "Lepra" para referirse a ella y usar a su vez, como mejor alternativa, el nombre "Enfermedad de Hansen".

¿Pero, cuáles son las concepciones más erróneas sobre la enfermedad de Hansen o Lepra?. La primera, indudablemente, que es una enfermedad sumamente contagiosa.

(*) El Dr. **Ernesto Colán** es investigador médico especialista en enfermedades tropicales Encargado del NAMRID (Naval Research Institute). Hospital Naval, Iquitos.

Hoy sabemos que el índice de contagiosidad de la lepra es menos del 10%, mientras que la tuberculosis puede alcanzar hasta el 50% en algunas poblaciones. Es decir de 100 personas que estén en contacto con un paciente leproso sólo menos de 10 harán la enfermedad. Pero en realidad la infecciosidad es muy alta, hasta en un 80%; lo que ocurre en realidad es que si bien muchos se infectan (la principal fuente de diseminación de los bacilos parece ser la vía aérea, por las secreciones nasales que disemina el enfermo) son pocos los que **hacen** la enfermedad. ¿Por qué?. Esto no ha sido aún bien determinado. Lo que sí se sabe es que estos enfermos tienen una alteración selectiva de la inmunidad, es decir de protegerse de la enfermedad. Ultimamente se ha encontrado que los enfermos con Hansen tienen un alto porcentaje de Complejos HLA (en los cromosomas), lo que sugiere un factor genético que favorecería la predisposición a hacer la enfermedad.

Para otros las condiciones económicas podrían jugar un papel importante en el desarrollo de la enfermedad. Aparentemente no hay otra explicación para la desaparición de la lepra en Europa después de la edad media que el mejoramiento de las condiciones de vida.

El otro concepto erróneo es que la lepra no tiene curación y debe tratarse toda la vida.

La lepra es para todos una enfermedad muy interesante. Tiene un espectro clínico que va desde la forma más *"benigna"*, la lepra tuberculoide, hasta las formas más severas, la lepra lepromatosa, todas ellas muy relacionadas con la capacidad del enfermo para defenderse de la enfermedad (grado de inmunidad). El tratamiento clásico de la lepra consistía en la llamada **monoterapia**, sólo con DDS (sulfa). Esto creó rápidamente resistencia a las drogas y fallas terapéuticas, y por esta razón debían darse durante 10 años en las formas leves y toda la vida en las formas más severas. Desde 1969 se comenzaron a ensayar esquemas con multidrogas y desde 1981 se recomendó en el mundo el tratamiento con 3 drogas dadas simultáneamente (rifampicina, DDS, Clofazimine). Las primeras experiencias con estos esquemas en la India y Brasil sugieren que hoy día se puede hablar de porcentajes de curación muy altos, en pacientes con formas leves, con 6 meses de tratamiento, y 2 años en aquellos con las formas más agresivas.

De esta manera resulta realmente una bofetada para la sociedad que en los tiempos actuales, donde se disponen de métodos diagnósticos adecuados y esquemas de tratamiento tan eficaces, estemos viendo aún formas mutilantes de la enfermedad, lo cual sólo refleja ignorancia o desidia de quienes tienen la responsabilidad de solucionar el problema.

Pero ¿cuál es la problemática en la región de Loreto? La Organización Mundial de la Salud considera que la lepra es un problema de salud pública cuando la prevalencia de la enfermedad está por encima de 1 caso por 1,000 habitantes (1 x 1,000 h) y una superendemia cuando está por encima de 5 x 1,000 h. Nuestras cifras actuales de prevalencia están por el orden del 4.7 x 1,000 h. (aunque es probable que sean aún mayores; el Estado de Amazonas, Brasil, con mejores métodos de detección, tiene actualmente prevalencia de 13 x 100 h).

Siguiendo la política de aislamiento compulsivo se creó, en 1926, el leprosorio de San Pablo a 270 Km. de Iquitos. A partir de 1962 felizmente se abandonó esta política y los pacientes con enfermedad de Hansen fueron controlados en todas las dependencias de salud en forma ambulatoria. Pero no ha existido un verdadero Programa de Control del enfermo de Hansen hasta 1983 en que se consigue la venida del Dr. Sinesio Thalari, asesor OPS, y se inicia el Programa de Dermatología Sanitaria, para realizar el control del enfermo de Hansen en el contexto de atención a las otras enfermedades de la piel, lo cual constituye una forma eficaz de evitar el estigma social de la enfermedad considerándola una enfermedad dermatológica más.

Los resultados preliminares de este programa han permitido detectar un gran número de pacientes y a través de su estrategia de exámenes dermatológicos en los colegios, detectar casos incipientes de la enfermedad.

En las circunstancias actuales, ya no se justifican, por lo tanto, los mitos de la lepra como estigma social, y en todo caso revelan un retraso en la concepción de las personas. Venezuela tiene en estos momentos un programa experimental para producción de una vacuna. El día que se disponga de ella habrá terminado el problema de la lepra en el mundo, pero aún tenemos medios de diagnóstico y tratamiento tan eficaces para controlar el problema que sólo requieren esfuerzo y cooperación mutua.



nos y económicos por parte del Estado para satisfacer las demandas en este campo) ha llevado a la Institución a enfrentar el problema a través de proyectos de salud o actividades concretas.

El CAAAP desarrolla sus actividades a través de sus centros de acción ubicados en La Merced, Iquitos, Pucallpa, Tarapoto. En los dos primeros existen proyectos específicos de salud, el primero desde hace cuatro años y el segundo desde hace un año.

En La Merced el proyecto de salud tiene los siguientes objetivos:

a) Realizar labor de concientización que ayude a elevar el nivel de salud de la población menos favorecida (las comunidades nativas de la Selva Central) partiendo de su propia realidad mediante conocimientos y actividades de Atención Primaria de Salud.

b) Disminuir la incidencia de morbi-mortalidad en las comunidades nativas y caseríos mediante la capacitación.

c) Mejorar el nivel de salud en las comunidades nativas y caseríos mediante la Atención Primaria de Salud.

Objetivos Específicos:

a) Incrementar conocimientos elementales prácticos y aplicables a la realidad de las comunidades nativas y caseríos, mediante cursos de capacitación (dos por año).

b) Identificar las enfermedades más comunes dentro de estos grupos étnicos.

c) Contribuir a la medicina tradicional con conocimientos de salud del mundo moderno.

d) Contribuir en las instalaciones de Botiquines Comunales y Postas de salud en las comunidades nativas.

e) Organizar campañas preventivas de vacunación.

En Iquitos el Proyecto de Salud tiene los siguientes objetivos:

A.- Generales:

a) El mejoramiento del nivel de salud en las poblaciones rurales en la Amazonía Peruana, tanto en lo curativo como en el preventivo.

b) La generación progresiva en la población de la capacidad de solucionar y vigilar el problema de la salud en forma independiente a través de sus organizaciones comunales y provinciales.

B.- Específicos:

a) Fomentar la organización comunal, intercomunal y provincial como base del mejoramiento de la salud en el medio rural.

b) Apoyar y desarrollar los propios mecanismos de asistencia en salud en las comunidades.

c) Formar a la población rural en aspectos referidos a la salud familiar y comunal en los campos de curación y prevención.

d) Estimular y utilizar la práctica de la medicina tradicional e integrarla con la medicina científica moderna.

e) Mejorar el autoconsumo por medio del fortalecimiento de formas de producción asociativa (chacras comunales) o por medio de pequeños proyectos a nivel comunal o intercomunal mejorando los niveles nutricionales de la población.

f) Establecer una red de postas de salud a nivel intercomunal, administradas y organizadas por las comunidades del sector.

En la aplicación de ambos proyectos se tiene en cuenta la siguiente Metodología:

1.- El problema de la salud es entendido en forma integral, es decir sin desvincularlo del problema de la defensa de sus recursos naturales (peces, madera, tierras, etc.), de la tarea de organización comunal, de la producción etc. De allí el apoyo integral de otras áreas de trabajo al de salud, complementándose entre sí. Para esto se cuenta con profesionales en las diferentes áreas de trabajo, con quienes se analiza y se dan alternativas a los problemas concretos de salud.

2.- El desarrollo de las actividades se lleva a cabo por medio de salidas al campo de una duración de 15 a 20 días al mes, donde se trabaja coordinadamente con personal de otras áreas (organización, agricultura, etc).

3.- Para implementar las acciones de atención primaria se parte de los problemas concretos de la comunidad, donde en conversaciones

con la gente de base en asambleas y en reuniones con los dirigentes comunales se define el programa de acciones a desarrollar.

4.- Los contenidos son analizados previamente con las autoridades comunales y expuestos en su propio idioma en el caso de las comunidades nativas.

5.- Los cursos de capacitación para los promotores de salud son programados en coordinación con los mismos promotores y el Area de Salud.

El seguimiento que se realiza posteriormente a la capacitación constituye una parte fundamental del programa, pues pensamos que la capacitación sin seguimiento no tiene validez.

6.- La coordinación con los dirigentes de las federaciones nativas y campesinas que se está dando en forma creciente, constituye parte importante en la ejecución de los proyectos. Sin embargo, no se ha logrado todavía en muchos casos el suficiente entendimiento con estas organizaciones.

En cuanto a las comunidades con las que se trabaja varía de acuerdo al centro de acción al que nos refiramos. Así tenemos que en La Merced se trabaja con campesinos de la zona del río Colorado y con grupos nativos Asháninca del Valle del Perené; en Iquitos se trabaja principalmente con los caseríos campesinos ubicados en el bajo Napo y con comunidades nativas Yaguas.

En los otros centros de acción no existen proyectos específicos de salud, lo que no significa que no se haya realizado actividades de apoyo a la salud.

En la ejecución de los proyectos hay una creciente coordinación y colaboración, a diferentes niveles, con las Areas de Salud con las que se trabaja, pues de lo que se trata es de sumar esfuerzos, por ser numerosas las comunidades que necesitan este apoyo y limitados los recursos humanos y financieros.

TESTIMONIO DE UN MEDICO RURAL EN LA AMAZONIA

Dr. Félix Gómez Rumiche (*)

RECIEN egresado de la Universidad, portando Título de Médico Cirujano colegiado, fui contratado por el Area Hospitalaria No. 62 de la XVI Región de Salud Oriente, para laborar en el medio rural, en el Centro de Salud del Distrito de INDIANA, margen izquierda del Bajo Amazonas. Me dirigí a dicha ciudad haciendo el viaje desde Iquitos en bote colectivo, por mis propios medios, llevando como *"Arma"* mis conocimientos profesionales, mi vocación de servir sin ser servido, con fe y esperanza de cumplir mi cometido y con la emoción que todo Galeno siente por su pueblo. Muchas veces imaginé encontrar una ciudad como en la Costa o Sierra, pero al llegar me encontré con un ambiente diferente, con niños semidesnudos que me observaban de pies a cabeza y como queriéndome preguntar si eres Médico, ayúdanos; y con un paisaje totalmente diferente. Ellos me indicaron mi nuevo Centro de labores. Allá me llevaron y mi llegada causó sensación.

Una vez instalado, ávido de iniciar mi trabajo, visité la ciudadela coordinando con las autoridades quienes en ese momento me brindaron cola-

(*) El Dr. **Félix Gómez** trabajo como médico jefe del Centro de Salud de Indiana. Actualmente está a cargo del Centro de Salud de Punchana.

boración; lo mismo las hermanas hospitalarias de la Congregación San José de Indiana por quienes tengo una gran gratitud.

Indiana no cuenta con luz eléctrica ni agua potable a pesar de tener instalaciones para ello. Por eso me abogué a la instalación de un pequeño grupo electrógeno para el Centro de Salud. Allí no había medicinas, ni instrumentos necesarios para atender emergencias, ni combustible.

Me encontré también con una población que cree en la medicina folklórica y en el Curanderismo, lo cual es difícil erradicar por lo que de ello siempre se han servido. Creen en los *"hechizos", "en el daño"* y los *"cutipados"* dándole un significado muchas veces sobrenatural.

Me encontré con una población periférica al Distrito y casi abandonado, sin material tópico, como alcohol, gasa, algodón, etc., lo cual me obligó a agenciarme de cualquier manera de estos elementos ya que el paciente del área rural espera que el Doctor le resuelva su problema en forma total. Viajé a Iquitos a tratar de conseguir esos materiales personalmente, ya que si no es así nunca llegan. Muchas veces no hay medicamentos y si los hay los expenden en bodegas donde muchas veces son vendidos acompañados con jabón y otros productos que no tienen salida diaria. Algunas veces existen botiquines que los venden fuera de todo control y lo que es peor sin receta médica, originándose así la automedicación que es la causante de la resistencia antibiótica que presenta el mayor porcentaje de los pacientes de nuestra Amazonía.

El problema más álgido que afronté fue la falta de combustible (Gasolina, Kerosene). Necesitaba movilidad para lograr mis objetivos, ya que quería hacer prevención en Salud en los 36 caseríos del Distrito, porque considero que todo médico rural debe tener esto como su ideal. Por ello pedí colaboración a los moradores de caseríos y autoridades distritales. Así me interné en diferentes quebradas por días enteros y también en la espesura de nuestro bosque natural integrando en esta forma el Amazonas y el Napo (Mazán), en viajes que hacía casi en forma rutinaria llevando medicamentos y asistencia médica-dental.

Muchas veces en estos lugares el dinero no vale para nada, puesto que con el no se puede comprar alimentos porque todos los productos son traídos a la gran *"Ciudad de Iquitos"*; y si se consigue, esto tiene un costo elevado. Muchas veces me vi obligado a pescar en el río con anzuelo para poder comer pescado, o a visitar chacras de amigos para poder conseguir productos. Recuerdo que una oportuniad atendí a un paciente que se había amputado el primero y el segundo dedo de la mano derecha. Haciendo todo lo posible a mi alcance a los pocos días ya recu-

perado lo trasladé a la Ciudad de Iquitos para su rehabilitación. Mi sorpresa fue que como recompensa recibí una crítica negativa por una radio local aduciendo negligencia, pienso que por falta de información.

Esto me alentó a seguir luchando por este pueblo tan olvidado, implementando desde entonces un pequeño quirófano con todo lo más indispensable donde realicé hasta cirugía mayor, como cesáreas y legrados y con esto disminuir las emergencias que urgen ser traídas a Iquitos, lo cual regocijó a la Comunidad.

Fui uno de los preocupados por los pueblos del río Napo, donde no había ningún médico. Pedí repetidas veces que se reabra la carretera Mazán-Indiana, ya que era o es el medio más fácil de trasladar a un paciente desde el Napo a Indiana y desde allí a Iquitos para tratamiento especializado.n

Hubo un instante cuando el río Amazonas aumento de caudal, de tal forma que inundó casi el 70% de los caseríos. Hice un viaje de reconocimiento y observé el tremendo problema que pasaban nuestros pobladores. Entonces convoqué a las Autoridades para pedir ayuda a los diferentes entes estatales, como Cruz Roja, Cruz Verde, Defensa Civil, pero nuestro pedido no tuvo eco, encontrando siempre el clásico *"No hay presupuesto"*. La Municipalidad de Iquitos me ofreció gasolina que nunca llegó.

Qué amarga es la vida cuando hay voluntad de ayuda y no se puede hacer nada. Por eso digo, el médico del área rural debe tener preferencia en sus soluciones, apoyo constante por las autoridades de la Región de Salud, ya que su misión no es permanecer estático, ni mucho menos cruzarse de brazos ante las inclemencias naturales; puesto que muchos pueblos de nuestra Amazonía aún no conocen un médico. Quizás lo que se hace no es ni la tercera parte de lo que debe hacerse, pero todo ello es por falta de incentivo para nosotros, por parte de las Autoridades.





PLAN CIVICO FLUVIAL DE LA AMAZONIA PERUANA

Dr. Eduardo Ramírez del Risco (*)

LA gran extensión de la región de la selva peruana y la dispersión de su población rural a lo largo de la red fluvial amazónica, dificulta enormemente que los limitados y no coordinados recursos existentes lleguen en ayuda de esa población. Por otro lado, la falta de medios adecuados y regulares de comunicación mantienen a estos pobladores aislados entre sí, de los centros poblados importantes y, más aún, del resto del país.

La ausencia de los servicios más elementales para la mantención de un discreto grado de bienestar atenta contra la salud, la vida y el desarrollo de los grupos humanos rurales. Para ello se creó un servicio que, coordinando y utilizando al máximo los recursos existentes en la región y reforzándolos adecuadamente, pudiera brindar una eficiente asistencia a los pobladores rurales promoviendo su desarrollo integral.

El Plan Cívico Fluvial fue creado en el primer gobierno de Fernando Belaúnde Terry, y el viaje inicial se hizo el 06 de Agosto de 1963. Aca-

---

(*) El Dr. **Eduardo Ramírez** está actualmente a cargo de la jefatura del Servicio de Odontología del Hospital de Iquitos.

ba de cumplir 22 años de existencia. Sus atenciones fueron, aparte de la médica y odontología, llevar técnicos en agricultura, saneamiento ambiental, supervisores de educación, enfermeras educadoras de salud y vacunación, además técnicos en malaria.

Inicialmente el Area de Salud con tres *"Barcos Dispensarios"*, y la Marina de Guerra con sus cañoneras, programaban sus viajes anuales cubriendo su atención los caseríos de todos los ríos de nuestra Amazonía. Los barcos dispensarios del Ministerio de Salud sólo prestaron atención hasta el año de 1980, y desde este año (por razones económicas), sólo tienen como misión repartir medicinas en los 68 puestos sanitarios que funcionan (dichos puestos son 96 en total).

Sólo la Marina de Guerra continúa realizando el Plan Cívico Fluvial, en coordinación con el Ministerio de Salud y la Corporación Departamental de Loreto (CORDELOR), con sus barcos dispensarios y cañoneras. Pero su misión se encuentra limitada a la atención médico-dental y debido a la extensión de nuestros ríos o a la distancia entre caseríos, el médico o el dentista no realizan un tratamiento adecuado ya que no tienen el tiempo necesario para efectuar un plan integral de salud.

El Plan Cívico Fluvial dio su mejor aporte a través de la vacunación masiva a los niños de nuestros ríos, realizando una atención preventiva que en la actualidad da excelentes resultados.

Actualmente el Ministerio de Salud, mediante su estrategia de *"Atención Primaria de Salud"*, realiza una labor práctica y de buenos resultados en este campo dentro de la comunidad. El *"Promotor de Salud"* es elegido por la comunidad, para que el Ministerio lo capacite en un conjunto de actividades que pongan la medicina al alcance de todas las familias que están lejos de los Servicios de salud.

Actualmente los Promotores de Salud son 650. El Servicio Cívico Fluvial, en coordinación con el Ministerio de Salud, debería hacer un seguimiento a estos promotores para no perder el valioso aporte que vienen prestando en sus respectivas comunidades, ya que por el momento económico en que vivimos debemos adecuarnos a modelos prácticos para solucionar nuestros problemas de salud.

Igualmente se debe aprovechar los viajes de Acción Cívica para dar a los pobladores ayuda activa en todas sus necesidades en base a estudios sociológicos y así incrementar nuestras fronteras vivas, tal como lo hacen los países vecinos de Colombia y Brasil; guiarles de la manera más adecuada para elevar su condición social y que se sientan

más orgullosos de vivir en sus pueblos explotando sus propios recursos naturales.

Sólo así mejoraremos la salud de estos innumerables pobladores que esperan tanto de nosotros y a los que en realidad se les entrega poco.

El Promotor necesitaba ver en sus formadores la VIVENCIA de unos VALORES que después iba a descubrir por sí mismo a través de su propia experiencia. Estos valores son:

a) Respeto a la vida desde la concepción hacia la vejez, especialmente los más vulnerables, como son las madres y los niños menores.

b) Respeto y reconocimiento de la cultura y confianza que sólo el Promotor con su pueblo pueden lograr hacer los cambios permanentes en sus costumbres.

c) Respeto a la Medicina tradicional y a los que la practiquen.

d) Respeto a la persona como la única que tiene capacidades o fuerzas psicológicas que puedan ser actualizadas.

e) La verdad, la justicia, la honestidad, el amor y la fidelidad.

Para la transmisión de estos valores se han considerado las condiciones siguientes:

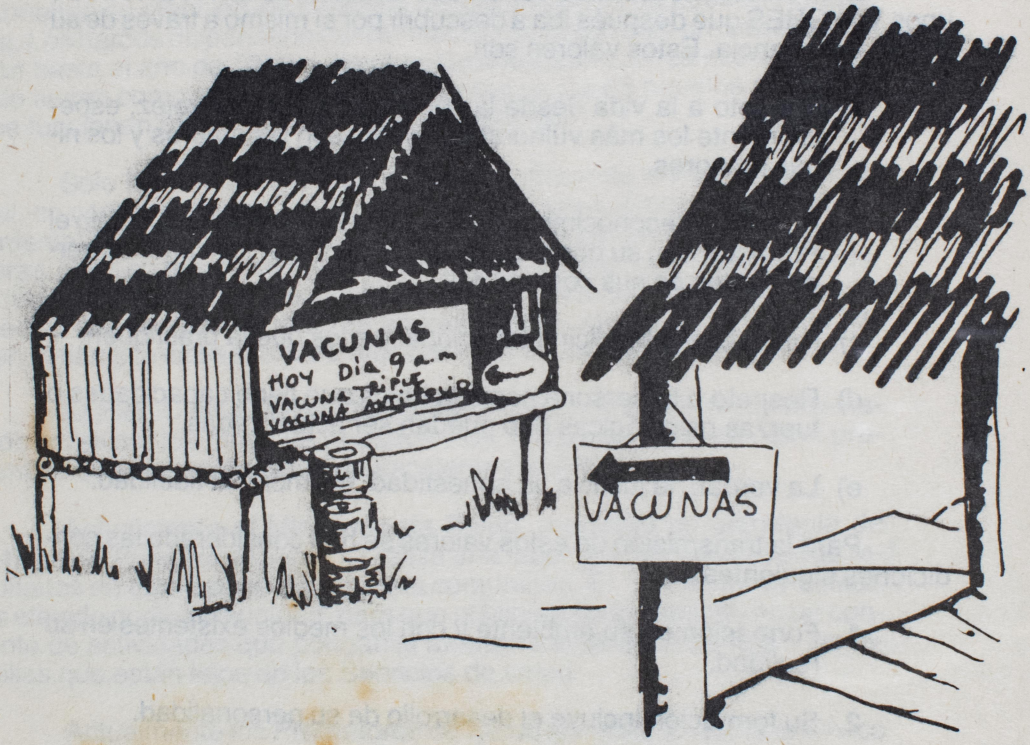
1. Formación en su ambiente y con los medios existentes en su realidad.

2. Su formación incluye el desarrollo de su personalidad.

3. Los formadores han seguido su progreso por una formación continua.

4. Se ha promovido el sentido de pertenencia al Ministerio de Salud.

5. Se ha considerado que el Promotor no será aceptado por su pueblo si no presta, primero, los servicios de Primeros Auxilios. Por este medio se establece la confianza para después ser escuchado cuando le toca enseñar la medicina preventiva.


VACUNAS
HOY Dia 9 a.m
VACUNA TRIPLE
VACUNA ANTITETANICA
VACUNAS

documentos

Todos
Cul
mentos

Hacia un replanteo saludable

LA ENFERMEDAD CAPITALISTA DE LA SALUD POPULAR(*)

Carlos Urrutia
Ana Boggio
Alejandrino Maguiña(**)

Todos los avances de la ciencia y la tecnología médicas contemporáneas se muestran impotentes para mejorar los niveles de salud de los sectores populares latinoamericanos, para los cuales el empobrecimiento severo que padecen resulta ser el virus más mortal. Resulta así que el agua, el desagüe, la buena alimentación y otras medidas similares que no corresponden al quehacer de los ministerios de salud –porque no forman parte de la acción directa de médicos y hospitales–, pasan a ser los mejores agentes para elevar esos niveles de salud. ¿Qué confusión es ésta?

La medicina capitalista, surgida en los países llamados "industrializados", en base a un enorme esfuerzo científico y tecnológico y, por supuesto, a una gigantesca inversión de capital, fue hecha a la medida del desarrollo económico y cultural de esos países, y de las clases que se benefician de ello en América Latina. Sus concepciones y sus prácticas, sin embargo, se han mostrado inadecuadas frente a los requerimientos de los pueblos de esta parte del continente, para los cuales existe una salud popular que les es propia, que se sostiene en medio de la pobreza y que, a la vez, cuestiona la industria de la medicina por inaccesible y por ineficiente.

Tal inadecuación podría explicarse teniendo en cuenta que en los países industrializados el agua y el desagüe fueron anteriores a los antibióticos, así como a otras innovaciones impulsadas por la comercialización indiscriminada de mercancía de la salud: la alimentación adecuada, igualmente, se aseguró

(*) Tomado de ACCION CRITICA. Salud Popular y Medicina Capitalista. CELATS. Lima, Diciembre 1984

(**) Investigadores del CELATS
Carlos Urrutia. Ana Boggio. Alejandrino Maguiña

antes que la industria de las píldoras. Pero cuando en el siglo XX la medicina propiamente capitalista llegó a esta parte de América encontró que las amplias capas populares que debían ser su mercado preferente se enfermaban de hambre y de precarias condiciones higiénicas, para lo cual no servían las medicinas ni los ministerios de salud, sino los planes de desarrollo y las revoluciones sociales.

Para entender mejor este proceso, iremos analizando –por aproximaciones sucesivas– aquello que caracteriza la salud popular, diferenciándola de la propuesta que sobre salud tiene la medicina capitalista.

¿Qué es la salud popular?

Entender la salud popular en Latinoamérica implica, en primer lugar, relativizar la existencia de una salud universal y atemporal; supone también rechazar la creencia de que la salud es igual para todos los seres humanos, porque éstos poseen una estructura orgánica y biológica común.

En un medio determinado, o ecosistema, o conjunto de ecosistemas, opera la salud popular como el resultado de la interacción dialéctica entre la naturaleza y la historia social; relación en la cual el organismo humano se realiza como particularidad, es decir, como organismo de esa y no de otra historia social.

El concepto de salud popular, en una primera aproximación, se propone como un instrumento teórico capaz de organizar la comprensión de esa multiplicidad de hechos que conforman la problemática de la salud en los sectores populares. En tal sentido, se entiende la salud popular en su doble dimensión de naturaleza y de historia social, y se señala al factor histórico social como el determinante del carácter popular que esta relación contiene.

El organismo vivo en el ser humano no puede dejar de ser un producto social y, desde esta perspectiva, sigue un movimiento de cambio permanente signado por el curso histórico en el que está inserto, y por el rol o ubicación que le ha tocado en dicha historia. En consecuencia, postulamos la existencia de conductos orgánicos de clase. Dicho de otra manera, el organismo humano, en las gentes del pueblo, se comporta de una manera particular a ellas y distinta con respecto a sectores sociales expuestos a otra historia social y a otra ubicación estructural.

Las enfermedades, las defensas e inmunizaciones, la epidemiología, y hasta

la contextura física, es particular a la salud popular como hecho colectivo. Y eso es así porque ese organismo se ha forjado en un proceso de resistencia a la depredación de su propia salud efectuada por las clases dominantes, de rescate de sus propios potenciales y de construcción de su respuesta ante la invasión hostil del poder dominador. Resistencia y defensa no sólo pasiva sino activa, que también crea nuevos recursos para desarrollar una renovada propuesta de salud, han sido los factores de constitución de la salud popular.

"El organismo humano en las gentes del pueblo se comporta de una manera particular a ellas".

La salud popular es también el producto de la peculiar historia de conformación nacional en América Latina, continente de profundas contradicciones sociales internas y de poderosos reordenamientos generados desde el exterior. Este proceso, jalonado de un dinámico movimiento de lucha de clases y de contradicciones regionales, conformó la particularidad de la salud popular combinando una salud sometida, reactiva y de resistencia pasiva, con una propuesta positiva en conflicto con la imposición capitalista dominante de la salud, como respuesta afirmativa de organismos rebeldes capaces de procesar nuevos dinamismos potenciadores de la salud en las condiciones más hostiles.

El proceso de conformación nacional es, también, el de la configuración de la red interna de dominación, que sobre la base de una utilización de los recursos naturales y sociales, en función de los intereses dominantes, procede a implementar un diseño dinámico de regionalización centralista y de desplazamientos demográficos tendientes a reordenar la fuerza de trabajo de acuerdo a los requerimientos del modelo de acumulación predominante. La salud popular es impactada por este proceso en base a un doble movimiento: del centro a las regiones, acentuando la imposición de las relaciones capitalistas con su secuela de descampesinización y desindianización y, asimismo, de las regiones al centro, con su aporte precapitalista en lo económico, social y cultural.

Esta red tiende a imponer el sistema de salud capitalista con su lógica económica de rentabilidad de la inversión y con su ideología de reducción de la salud a la enfermedad. De su lado, los sectores populares, urbanos y rurales, hacen una respuesta adaptativa, de resistencia y creativa, en términos de salud, que entra en contradicción con la de las clases dominantes. El estudio de campo (1) permite entender que los sectores que están más cerca a los núcleos centrales de la expansión capitalista sufren de manera más intensa la

expropiación depredadora de su cultura y de sus concepciones y prácticas de salud, así como la imposición autoritaria de la verdad capitalista en ese campo.

La salud popular tiene, pues, de resistencia y de protesta alternativa, ante la imposición del sistema de salud capitalista; es decir, contiene la dinámica que busca recuperarse de la enfermedad, la que está en permanente lucha por la sobrevivencia; y la propuesta de una vida individual y colectiva en que puedan realizarse las mejores potencialidades de la persona y de la comunidad o, en nuestros términos, las mejores potencialidades orgánico-biológicas e histórico-sociales.

El organismo humano, obligado a adaptarse a los diversos ecosistemas en los que se desenvuelve, tiene también que realizar un proceso adaptativo con respecto a su propia historia social y a la formación social en que le toca actuar; pero en ambos casos no se trata de una adaptación pasiva, sino de un desarrollo de posibilidades que busca salvar las hostilidades del medio natural que lo rodea y del sistema de dominación que lo oprime. Los hombres andinos supieron no sólo imponerse ante los rigores de las alturas, sino además producir una potentosa civilización en los Andes, y una capacidad de funcionamiento eficiente a nivel de diversos ecosistemas. Asimismo, supieron enfrentar la despiadada violencia colonial con un doble proceso, de resistencia y recuperación de sus tradiciones y de invasión de la cotidianidad dominante con múltiples rasgos propios de la cultura andina. Esta civilización no sólo creó la agricultura de la papa, la coca y la quinua, etc., sino que, además, hizo del suelo más pobre una fértil tierra y en ese acto creó también el hombre andino, con su particularidad biológica e histórica.

"Para estar vivo es imprescindible el trabajo, porque si no trabajas ¿con qué se alimentan? se vuelven viciosos y de la naturaleza, lo más importante para la salud es el aire, el agua... todos no necesitan lo mismo para vivir, por ejemplo, los jóvenes tienen que divertirse... yo aunque no tenga para comer, tengo que estar alegre, yo bailo una vez siquiera a la semana.. un viejito pa' qué?"

(Entrevista: Sra. María, en Carabayllo, Setiembre 84, Lima)

La dimensión social del organismo humano es pues fundamental para compren-

der esta capacidad rebelde de la salud popular, que es fuente y fundamento de costumbres y tradiciones que sobreviven hasta nuestros días y que rigen, con su fuerza y su debilidad, la salud de grandes sectores de nuestro pueblo.

¿Qué es la medicina capitalista?

El instrumento del desarrollo capitalista, en el terreno de la salud, es la medicina capitalista. Ella otorga las formas específicas a las diferencias entre la salud dominante y la salud popular y, asimismo, articula, aunque no integra homogéneamente, las más notorias manifestaciones de esta última. Al hablar de medicina capitalista nos estamos refiriendo a los procesos, más o menos científicos y sofisticados, de curación de enfermedades que abren campo a la rentabilidad del capital.

Es fundamental al desarrollo de esta medicina, la reducción de la salud a la enfermedad, no sólo en tanto precisa un terreno de desarrollo científico y tecnológico, sino, y principalmente, en cuanto le asegura un mercado propio donde el enfermo queda cautivo en su función de demandante de mercancías de salud.

Definiendo la salud como ausencia de enfermedad, o como enfermedad curada, la especificidad de la salud, su propia identidad, pasa a depender de la enfermedad. Este es el punto de partida ideológico del sistema de curación de enfermedades que se denomina sistema de salud. Es claro que en muchos casos la salud se compromete cuando se padece de una enfermedad, especialmente si es dolorosa o inmovilizante, o altera de manera drástica la vida cotidiana; pero aún en esta situación hay también muchos casos en que el esfuerzo, la voluntad y las ganas de vivir permiten remontar esos males y realizar un desarrollo de las mejores potencialidades orgánicas, psíquicas y sociales en clara manifestación de salud. Los casos de enfermos graves cardiovasculares que gozan de buena salud demuestran que la salud no es ausencia de enfermedad y que la enfermedad no lleva aparejada necesariamente la pérdida de la salud. Esto es más claro en lo colectivo que en lo individual.

El conocimiento científico de la medicina capitalista ha sufrido, igualmente, el impacto de su naturaleza mercantilista y, en tal sentido, se ha mostrado incapaz de recuperar los aportes de experiencias milenarias de salud que, justamente por su antigüedad, se desarrollaron más ligadas a la naturaleza. La necesidad de producir mercancías, es decir, objetos de mercado sujetos a la oferta y la demanda, ha significado una dura imposición a la investigación

científica médica en el capitalismo. De ahí que el acceso directo a la naturaleza, el cuidado cotidiano y sencillo de la salud, la curación de enfermedades potencializando las posibilidades del organismo individual, del hogar y la familia, la transmisión de avances científicos médicos a las grandes masas y la oferta de servicios gratuitos y extensos de curación especializada, casi no han tenido atención desde el punto de vista investigativo y de implementación. La medicina capitalista, como los electrodomésticos o los automóviles, ha quedado reducida a la implacable lógica del mercado: invertir un dólar para obtener dos. Así, la salud dejó de ser el objetivo de la industria capitalista de la salud.

La penetración invasiva de esta medicina en las sociedades capitalistas dependientes ha cumplido una función articuladora del conjunto de los sistemas curativos, incluyendo los que rigen la salud popular. Esto en la medida en que ha sido la herramienta más eficaz para la expropiación de las tradiciones, conocimientos, e incluso del lenguaje en que se plasman las concepciones y prácticas de la salud popular, actuando como eficiente instrumento de imposición de la "verdad excluyente" de la concepción consumista del mercado de la salud, la cual rige crecientemente la cotidianidad de la curación de enfermedades.

"... Si todos nos pusiéramos de acuerdo, para asear nuestro sitio ya sea diario o semanal, no habría nada,... no sólo en el lavado sino en la fumigación, por las moscas, así se evitarían las infecciones al estómago... en R. Porras hubo una plaga de paludismo, yo comencé a hacer fumigaciones, con eucalipto verde, palo santo, alhucema, incienso, azúcar... y así ahuyentaba a los zancudos..."

(Entrevista: Sra. María, en Carabayllo, Setiembre 84, Lima)

Tres son los mecanismos centrales de penetración de la medicina capitalista, y podemos identificarlos con los siguiente términos: la expropiación depredadora, la imposición autoritaria y la externalización, con respecto a las concepciones y prácticas de la salud popular. Ellos operan simultáneamente y en los hechos es difícil distinguirlos aisladamente, pero hagamos un esfuerzo para tratar de verlos por separado.

La expropiación es depredadora, por cuanto no es como la cosecha que toma

el fruto y deja la raíz, ni como la poda que saca lo inútil pero deja lo útil, sino que, más bien, toma la sabiduría y la experiencia de la salud popular, convierte en mercancía lo que puede, y el resto lo desvaloriza, lo anatematiza o lo destruye. La depredación del saber popular sobre la salud busca impedir que el pueblo desarrolle su propia medicina basada en sus tradiciones y enriquecida con los avances científicos contemoporáneos, procurando así recluir esta sabia experiencia al rincón de lo folklórico.

La expropiación de los conocimientos se viene operando a través de la traducción de algunas experiencias de salud popular al esquema cognitivo de la medicina capitalista. A estas alturas es innegable que la sabiduría médica desde los Incas, Mayas y Aztecas, fue aprovechada por los colonizadores españoles, y que este saber popular no ha permanecido estático sino que ha debido modificarse y avanzar de acuerdo a las transformaciones sociales que ocurrieron hasta nuestros días. Hoy mismo, la medicina capitalista continúa expropiando conocimientos de la medicina popular y los convierte en mercancías que devuelve al pueblo, a través del mercado, como productos industriales para ser comprados. El carácter depredador de esta expropiación reside en que no sólo no proporciona el desarrollo de ese saber, sino que lo anatematiza, lo desprecia en la medida que puede ser competitivo y que necesita desplazarlo para ocupar monopólicamente el mercado.

Además, esta expropiación busca liquidar la cosmovisión que fundamenta la salud y la medicina del pueblo. En efecto, esta unidad entre naturaleza y sociedad genera una comprensión particular del funcionamiento del propio cuerpo –individual y colectivamente concebido–, que es base explicativa del proceso de la enfermedad y de su curación. Esta comprensión, a su vez, está presente en las concepciones y prácticas de la salud popular, revelando una visión de sí mismo en tanto que parte integrante e indesligable de la naturaleza, especialmente en las áreas campesinas de menor influencia capitalista, como manifestación de la unidad de los procesos que fusionan la vida de la tierra y la del ser humano: "no se puede estar sano en una tierra que está enferma", nos decían los campesinos de una alejada comunidad cusqueña. De hecho, la tierra provee los alimentos que sostienen la salud, en cuya gestión el sol y la luna juegan un papel protagónico: "y así como crecen las papas crecen los hombres", ¿cómo concebir hombres sin productos de la tierra, o productos de la tierra sin trabajo humano?

La medicina capitalista entraña una comprensión diferente. Parte, igualmente, admitiendo la vinculación profunda entre el hombre y la naturaleza, pero propone como eje central la relación individuo-naturaleza. Aquí nace una di-

ferenciación que es sustancial: para la salud popular, la enfermedad tiene una dimensión colectiva que no se agota en la noción de contagio, ni se manifiesta en el hecho de que haya muchos individuos enfermos, sino que en cada caso de enfermedad y en la posibilidad de su curación está la colectividad como parte actuante, ya sea en la perspectiva de la división social del trabajo y el específico rol que ocupa el enfermo en la estuctura social, ya sea en las relaciones con la comunidad más cercana con la familia. Para la medicina capitalista, la relación individuo-naturaleza es ahistórica.

Concibe un hombre que es más perfecto cuanto más se aleja de la naturaleza y se individualiza, según la idea que el hombre debe sacar provecho de la naturaleza, utilitariamente, aun a costa de depredarla y de romper el equilibrio ecológico. Para la medicina capitalista, el negocio de la conservacón del individuo puede llevar a extremos como la depredación de la naturaleza e incluso de la colectividad, cosas que no caben dentro de la cosmovisión popular en el campo estricto de la salud, campo en el cual, por otro lado, el pueblo carece de los poderosos medios de acción (y destrucción) de que sí dispone el gran capital, en el caso, por ejemplo, de la industria farmacéutica.

Siguiendo su concepto fundamental de que la salud es ausencia de enfermedad, la medicina capitalista propone el acceso a la salud a través de la curación de enfermedades y, para esto, el mecanismo expropiatorio al que hacemos referencia se ha mostrado como una herramienta eficiente para el monopolio del conocimiento de las ciencias médicas, y para la ilegitimación de la sabiduría popular sobre la salud.

La expropiación opera igualmente a nivel del lenguaje con que el pueblo hace referencia a su salud. Este lenguaje popular vincula coherentemente la experiencia del propio cuerpo con la forma en que se comprende su funcionamiento. Así, por ejemplo, la gente dice que le arde o le quema el estómago o la barriga, a lo que la medicina capitalista sentencia: es una gastritis. Es obvio que la persona no siente gastritis sino que siente que le arde el estómago, y esa palabra sofisticada no tiene valor descriptivo experiencial ni sirve para establecer la vinculación entre lo que siente el enfermo y su comprensión de la fisiología corporal. La medicina capitalista implanta, entonces, una ruptura entre lenguaje y experiencia que reduce la capacidad de comprensión, de comunicación y de desarrollo del propio pensamiento popular de salud.

La expropiación del lenguaje de la salud popular es también depredadora, por cuanto trae consigo la desvalorización semántica del conjunto de palabras que se utilizaban para denominar el cuerpo humano, sus funciones y sus alte-

raciones o anormalidades. Ese lenguaje cumplía el papel de organizar y expresar una cosmovisión comprensiva con respecto a la salud y a la enfermedad, que llevaba implicada la unidad hombre-naturaleza, individuo-sociedad, vida-muerte y enfermedad-curación. El reemplazo de esa coherencia cognitivo-comunicativa, por otra poco comprensible y difícilmente comunicable, termina por despojar de un lenguaje sustentado en una cosmovisión y por transmitir un lenguaje alternativo tecnocrático que está desprovisto de la coherencia que animaba a la salud popular.

Otra dimensión que tiende a expropiar y depredar la medicina capitalista es la de la cultura de la salud, es decir, aquellas concepciones y prácticas que se expresan en la cotidianidad del cuidado de los enfermos y de la promoción de la salud. Se trata de las relaciones enfermo-familia y enfermo-comunidad, en las cuales la tradición se vuelve presente en la preparación de un sinnúmero de acondicionamientos favorables para que el organismo derrote a la enfermedad, ya sea el abrigo, los jarabes, las frazaditas, el afecto, la vigilancia y hasta el rezo y los rituales. La preparación de alimentos especiales es una de las costumbres que aún perduran y en donde aparece algo así como una enfermería familiar. La expropiación del lenguaje y los conocimientos de la salud y de la medicina populares contribuye, ciertamente, al deterioro de esta cultura popular de la salud, la cual se va desarticulando en su coherencia y se va reemplazando, según el grado de desarrollo capitalista, por el consumismo en el mercado de la salud, que entraña, por cierto, una nueva cultura. Médicos y enfermeras, junto a fármacos, hospitales y equipos constituyen no sólo una nueva práctica sino también una nueva cultura de la curación de enfermedades, para los sectores sociales que tienen posibilidades de acceso –o aspiraciones– al mercado capitalista de la salud.

El segundo mecanismo de penetración de la medicina capitalista ha sido la imposición autoritaria de una "verdad" de la salud, sobre lo que hay que destacar, en primer lugar, que se produce paralelamente al mecanismo expropiatorio que hemnos descrito, es decir, que a quienes se les ha expropiado una comprensión coherente y comunicable de la salud y se les ha reemplazado con otra –desarticulada de la realidad popular y de sus tradiciones–, han tenido que aceptar la "autoridad" de la medicina capitalista, con su lenguaje tan técnico como extraño, con su sofisticación mercantilizada e inaccesible del cuidado de la salud, y con su externalidad curativa con respecto al propio cuerpo. Esta "autoridad" tiene una dimensión de conocimiento, por la cual la población debe entender que ella no sabe y que lo que sabía no sirve; los que saben son los médicos, uniformados con mandil blanco y gesto severo y distante: "ellos saben y yo no sé, ellos son la autoridad en la que debo creer".

Pero esta autoridad no establece con sus pacientes una relación pedagógica sino autoritaria; manda comprar fármacos aunque el paciente no sepa cómo operan éstos sobre su organismo; manda comprar aunque el paciente no pueda comprar; le dice explícitamente que la salud se compra, que la curación de enfermedades pasa por la disponibilidad de dinero en el bolsillo: "si no hay dinero no hay curación". El médico autoritario de la medicina capitalista tiene, pues, una función de vendedor de remedios o, más sofisticadamente, de promotor de ventas de los laboratorios químicos farmacéuticos. Detrás, y como telón de fondo, está el autoritarismo del capital.

"A mí me da miedo el hospital. Ahora último llevé a una señora de emergencia y no quisieron atender porque tenía que tener fiebre, "yo –les dije– la voy a traer muerta".

(Entrevista: Sra. Rosa, en Carabayllo, Agosto 1984, Lima)

El autoritarismo de la medicina capitalista es invasor y no sólo actúa en los sectores populares, sino también en las clases dominantes, pero además tiene influencias en el sistema judicial, pedagógico, y otros ámbitos sociales. Ella fija las pautas de lo normal y lo anormal y, en cierta medida, invade crecientemente los campos de la vida cotidiana. Estas ideas, recuperadas de Michael Foucault, reclaman un estudio exhaustivo de las formas y especificidades que adopta en sociedades subdesarrolladas como las latinoamericanas.

El tercer mecanismo es el de la externalización. La medicina capitalista concibe la curación de enfermedades como algo externo al propio organismo, algo que generalmente tiene que ver con la producción industrial, que subestima las potencialidades curativas del propo cuerpo. Estas potencialidades forman parte importante de lo que para nosotros constituye la salud, entendida, en este sentido, como capacidad de curar enfermedades, lo que no niega la influencia positiva de factores externos al organismo. Se trata, en consecuencia, de movilizar al organismo enfermo en sus potencialidades de salud, es decir, de crear condiciones favorables que contrarresten los aspectos que se pudieran debilitar en el desarrollo de un mal.

Desde una perspectiva opuesta, la medicina capitalista, concibe el medio o instrumento externo que aplica, como portador de salud, anteponiéndolo o privilegiándolo sobre los recursos curativos inherentes al organismo, y desde esta concepción viabiliza la relación comercial de los servicios de salud, proponiendo el consumo de mercancías curativas, que garanticen la rentabilidad

del capital, aun a costa de sus eventuales efectos nocivos o iatrogénicos sobre la salud.

Desde nuestro enfoque, el oarganismo puede ser visto, también, como una fábrica productora de sus propios mecanismos de salud y de curación, en base a equilibrios bioquímicos, psíquicos y espirituales cuya estrecha interacción se refleja en la conducta sana y en la potencialidad para superar los retos del medio sobre el organismo. La medicina capitalista intenta, justamente, sacar esa fábrica fuera del organismo, externalizar esas potencialidades y obligar al individuo y a la colectividad a recurrir al consumo de dichas potencialidades que se le ofrecen a través del mercado.

En los hechos, es siempre el propio cuerpo el que se cura de las enfermedades, de ahí que una cabal comprensión del mecanismo de la externalización deba hacerse en el terreno de la ideología. La medicina capitalista no trabaja por una forma distinta de salud, sino principalmente por una forma de acumulación de capital y para que esta verdad se realice en la práctica es preciso un conjunto de justificaciones, explicaciones y escalas de valores que lo permitan. Ese papel cumple la externalización de la salud y la curación, es decir, en tanto la gente pierde la confianza en la potencialidad curativa del propio cuerpo y ve frente a ella la oferta comercial de productos para sanar y para estar saludable, desarrolla una comprensión de que la salud y la curación provienen de afuera. A partir de esto, se transfiere un poder enorme a quienes se hacen depositarios de la antigua esperanza del hombre de vivir sin dolor y largamente, lo que juega un papel motorizador de la actividad económica capitalista en el terreno de la salud, y ha permitido su creciente y rentable desarrollo.

Otra vez: ¿Qué es la Salud Popular?

Intentaremos ahora presentar, más sistemáticamente, los principales rasgos que caracterizan lo que llamamos salud popular, diferenciándola de la medicina capitalista. Hemos afirmado que en el sistema capitalista la salud ha sido reducida a la enfermedad, definiéndola como ausencia de la misma. En tal medida, su propuesta está explicitada a través de la medicina capitalista. Contrariamente, la salud popular es un planteamiento que va más allá de la enfermedad y de la medicina, que pone el acento en una salud que integra el organismo humano a la naturaleza, a las prácticas sociales y a la dimensión espiritual. Así, la distinción no puede darse entre salud popular y salud capitalista, ni entre medicina popular y medicina capitalista, por cuanto pertene-

cen a ámbitos categoriales diferentes y son conceptos de formulación parecida, pero que hacen referencia a hechos reales distintos.

En primer lugar, es una concepción totalizante de la relación entre el hombre y su medio, que está contextuada en una cosmovisión fundada en la unidad individuo-naturaleza-sociedad como sustento de la salud. Por otro lado, todavía muestra un sustrato de pensamiento mágico que da coherencia a lo que de otra manera sería inexplicable, lo que se observa en la continua recurrencia a lo sobrenatural. Además, distinguimos la dimensión de espiritualidad religiosa enraizada en las tradiciones cristianas que fueron influencias determinantes en el curso de nuestra historia.

A diferencia de lo anterior, la medicina capitalista no se sustenta en la unidad antes mencionada y, aunque la reconoce como importante, no le otorga para su quehacer concreto sino una prioridad secundaria. La visión científica desdeña la cosmovisión y los aspectos mágicos y religiosos, poniendo en el primer plano una suerte de pragmatismo e inmediatismo que están en función de una eficacia directa. De la unidad individuo-naturaleza-sociedad, no reconoce en el individuo el eje central de sus preocupaciones, y tampoco lo percibe como totalidad sino que busca analíticamente una parcelación que da lugar a un cúmulo de superespecializaciones; de ahí que exista una medicina del riñón, otra del corazón, otra del cerebro, etc., y que la suma de todas ellas no permitan una cabal comprensión de la totalidad de la salud.

En segundo lugar, la salud popular contiene un conocimiento integrado a esa cosmovisión totalizadora. La experiencia de que la naturaleza es viva, tan viva como el hombre y que hay una estrecha comunicaicón entre ambos, está a la base de su comprensión de la salud y del lenguaje con que la expresa. Esta coherencia hace la verdad en la práctica, la verifica (veri = verdad, fica = hacer), y sustenta, por tanto, las conductas colectivas que sobre la salud realizan los secotres populares. El descubrimiento del poder medicinal de las hierbas, la producción de una imaginativa y variada curandería, la transmisión de tradiciones familiares de cuidado de la salud y de curación de enfermedades, no son sino algunas de las formas de hacer práctica social de su verdad sobre la salud. Hace, al hombre sujeto de salud, dentro de un complejo doméstico, artesanal y de autoconsumo.

"Hace al hombre objeto de salud, dentro de un sistema industrial y de mercado."

La medicina capitalista parte de una verdad que impone autoritariamente.

que sólo la conocen los médicos, quienes guardan celosamente del conocimiento popular y que es su secreto profesional. Es una verdad producto de la parcelación del organismo y de sus funciones, que sólo secundariamente da un lugar en su propuesta a la naturaleza y a la historia social, como acompañantes menores del organismo individual. De ahí su lenguaje, verdadero complejo de códigos alejados de la experiencia directa de las personas, que hacen muy difícil la comunicación fluida entre las gentes sobre los problemas de la salud. Una verdad autoritaria que hay que creer, a la que hay que someterse y obedecer, de lo contrario el organismo queda expuesto a todo tipo de enfermedades y padecimientos, Verdad unidireccional, del médico al enfermo que justifica como retribución el pago de la consulta, del enfermo al médico. Hace, pues, al hombre objeto de salud, dentro de un sistema industrial y de mercado.

En tercer lugar, la salud popular tiene como eje central de su concepción la internalidad del problema de la salud, es decir, concibe el organismo humano como unidad individual, social y natural, y, por tanto, continente de sus propios mecanismos tanto potenciadores de salud, cuanto curativos con respecto a la enfermedad. Esta confianza depositada en el propio cuerpo es generadora de prácticas de salud profundamente vinculadas al medio ambiente y a la colectividad. La unidad individuo-naturaleza-sociedad concebida como productora de salud se manifiesta a través del propio organismo humano, el cual está dotado de las herramientas necesarias para vencer los retos del medio ambiente, para superar los momentos de debilidad y para recuperarse de los males sufridos. Ese laboratorio de que estamos dotados los seres humanos y que conocemos como nuestro cuerpo, es bastante más perfecto y sofisticado que cualquier hospital del país más "desarrollado", tiene facultades que hasta ahora la ciencia no logra conocer, es capaz de producir alegría en un enfermo grave, y de realizar un gran esfuerzo en quien mañana morirá de infarto cardiaco; igualmente, es capaz de producir los componentes sanguíneos que derrotarán a la infección, y los sedimentos gástricos que evitarán la corrosión de los potentes ácidos estomacales; es capaz de recuperar las fuerzas gastadas diariamente a través del trabajo y hasta de producir nuevos equilibrios para suplir las deficiencias orgánicas. La conciencia de esta potencialidad de salud del organismo es, pues, base de sustento de la salud popular y componente central de su ideología, y esto es vivido como una experiencia, más que como un conocimiento.

En la medicina capitalista el fenómeno es inverso. La confianza está puesta fuera del organismo; éste es el que se enferma y la medicina capitalista –desde fuera– es la que cura y –bajo su concepción– devuelve la salud. Se trata

de un factor externo al organismo –el médico, los fármacos, el hospital– que reemplaza a los factores internos –el propio cuerpo, la familia, la colectividad, la naturaleza–. Bajo esta visión el hombre pasa de ser productor a ser consumidor de salud. Para la medicina capitalista, el organismo individual es un territorio indefenso frente a los acechos del medio ambiente, es fácilmente debilitable, enfermable y hasta destruible, salvo que acceda al consumo de fármacos, a la receta de los médicos o a los internamientos hospitalarios, en cuyo caso –ésa es la propuesta de la medicina capitalista– estará prevenido contra los males y, por ende, gozará de buena salud.

Este organismo indefenso tiene que ser defendido desde fuera, y fuera de él está el mercado, aquella vitrina llena de productos industriales de salud, cada una con su precio reajustable al ritmo deslumbranté de los procesos inflacionarios latinoamericanos, más que al ritmo de los ingresos reales de las grandes mayorías populares. La propuesta de la medicina capitalista contiene una fuerte dosis de indolencia individualista: el que no puede pagar el precio de la industria de la salud quedará indefenso –debilitable, enfermable, destruible–. Y en esto, la internalidad de la concepción popular de la salud contiene un componente fundamental, que lo diferencia de la medicina capitalista: la solidaridad.

Precisiones finales

La salud es más que aquel fenómeno que exhiben las políticas sociales del Estado, es más que el resultado de curar enfermedades. Más ha hecho la instalación de agua y desagüe en las poblaciones populares que todos los avances de la medicina capitalista, por el mejoramiento de los niveles de salud de los sectores sociales más desfavorecidos de América Latina; y con seguridad, proveer a esas poblaciones de los medios efectivos para tener una adecuada alimentación, las aliviará de la mayoría de sus padecimientos orgánico-biológicos, psíquicos y aun espirituales.

Esto pone de manifiesto la indesligable vinculación entre salud y sistema social dominante. Una sociedad organizada en clases desiguales, injustamente diferenciadas por razones de apropiación del excedente, y que propone una ideología que no encuentra base material de realización para las grandes mayorías, no puede ser el contexto, el territorio o el recipiente de una buena salud de su población y, en tal sentido, no puede exhibir sino abismales desniveles en cuanto a la salud y a la morbimortalidad de sus miembros. Una sociedad enferma no puede brindar buena salud a su población.

Es preciso, por último, dejar en claro que este trabajo no intenta la liquidación de la medicina científica; nada más lejano de nuestra reflexión. Precisamente porque reconocemos el aporte gigantesco de los avances científicos y tecnológicos de la medicina capitalista en favor de la salud humana, es que intentamos una sistematización al interior de la cual vuelva a sus pasos revolucionarios y abandone su vinculación estructural al mercado capitalista, a la lógica indolente de la rentabilidad del capital, a los efectos iatrogénicos del negocio de la salud.

"Los ricos tienen dinero y un trabajo seguro, pueden educar mejor a sus hijos, a veces un pobre no puede comprar ni carne ni leche, la muerte es igual para todos, pero la vida no".

(Entrevista: Sra. Eva, en Carabayllo, Setiembre 84, Lima)

Ni la salud popular, ni su contraparte, la medicina capitalista, pueden encontrarse en estado puro a nivel de los hechos reales. Una y otra se combinan de maneras desiguales de acuerdo al nivel de penetración del capitalismo, en las formaciones sociales latinoamericanas.

En tal sentido, la propuesta, todavía abstracta, de una salud popular, no debe ser entendida como la bomba que destruirá a la medicina capitalista, sino, más bien, como el potencial dinámico que, desde las raíces de la tradición más rica de nuestros pueblos, recuperará los aportes reales de esa medicina, en una propuesta superior de salud para los hombres del mañana, para esas nuevas generaciones que ya no verán depender su salud ni la curación de sus enfermedades de la capacidad adquisitiva de los salarios, sino que reivindicará la salud como un derecho de todos los hombres.



do
cu
mentos



textos y glosas

textos y glosas

SALUD Y CAMPESINADO EN EL SUR ANDINO

El problema de la salud en el Perú es un tema muy complejo y no puede ser evidenciado en simples datos estadísticos. Se dice que el sistema de salud en el Perú está en crisis y tales declaraciones no sólo han sido parte del ambiente electoral que se ha vivido, sino más bien se deducen del sensible deterioro en la salud de los peruanos como resultado de la actual crisis económica por la que se atraviesa.

También se señala que el sector salud recibe asignaciones presupuestales mínimas y que el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) es ineficiente y corrupto. Sin embargo, hay quienes opinan que si se asigna un mayor presupuesto al sector salud, se moraliza y racionaliza los servicios que presta el IPSS, se habrá solucionado el problema de salud de los peruanos. Es evidente que tal afirmación no es real, porque si bien es cierto que el IPSS cubre la atención del grupo que trabaja, hay un alto porcentaje de desocupados que no contarían con sus servicios. En cuanto a la cobertura de atención demarcada por las instituciones

---

El "Mapa de la Salud", documento valioso que debe ser debatido y profundizado

---

del Ministerio de Salud, no se cumple porque hay zonas inaccesibles adonde no es posible enviar personal de salud calificado y es precisamente en esos lugares donde más se requiere de tales servicios.

Para una visión más integral de todos estos problemas es necesario recordar las características del mismo.

CARACTERISTICAS DE LA SALUD EN EL PERU

En lugar de presentar un conjunto de estadísticas sobre salud que pueden iluminar u oscurecer la realidad según la intención que se lleva, señalaremos las características mencionadas por el "Mapa de la Salud", importante documetno publicado recientemente por el

Banco Central de Reserva del Perú (ver SUR 83, Informativo Agrario).

Dicho documento presenta las siguientes conclusiones que caracterizan la situación de salud en el Perú.

- *en términos generales, existe una inadecuada cobertura de los servicios de salud; es decir que las necesidades de la mayoría de la población se encuentran insatisfechas o mal atendidas;*

- *esta deficiencia se agudiza a nivel regional, sobre todo en las áreas rurales y marginales del país. Lo mismo sucede con respecto a grupos sociales que por sus características son marginados de la seguridad social. Así, se da una marginación geográfica y económica que afecta fundamentalmente al campesinado peruano;*

- *existe una concentración de los recursos de salud, especialmente en el medio urbano. Así, los recursos humanos (médicos, enfermeras, dentisas), materiales (hospitales, centros de salud) o de saneamiento ambiental (agua, desagüe) se encuentran en su mayor parte en las ciudades;*

- *existe desigualdad en la asignación de recursos al interior de las instituciones de salud, desigualdad que a veces se traduce en una duplicidad de servicios, paralela a la ausencia de los mismos. De esa forma, se dan casos de subutilización de servicios, al mismo tiempo que otros son sobreutilizados;*

- *el documento finaliza señalando que el problema de salud debe ser entendido como un fenómeno social que resulta de condicionamientos ejercidos por otros factores, que los cambios no se dan aislados y que su solución se daría paralela a la solución de los problemas de nutrición, vivienda, educación, etc., que configuran el nivel de vida de una población.*

Elaborado en una entidad estatal, este documento confirma aspectos que señalamos tiempo atrás (ver SUR 32), además de constituir un aporte y una invitación a superar los términos convencionales del debate sobre salud en nuestro país. Sin embargo, creemos también que la continuación y profundización del pro-

pio debate deben llevarnos a ciertas cuestiones de fondo, como, por ejemplo, la naturaleza y control de la inversión pública en salud o la predominancia de una medicina de corte occidental que enfatiza la especialización, lo tecnológico, la base hospitalaria y, por lo mismo, que sesga la atención hacia los sectores más acomodados de las áreas urbanas.

Otro paso en esta perspectiva es el examen de los problemas de salud en el campo, la existencia de una medicina andina que representa un producto social y cultural del campesinado, así como las relaciones entre esta medicina andina y la medicina moderna occidental dentro de un sistema nacional de salud.

Las condiciones de salud en el sur andino y las experiencias del campesinado de esta región en torno a este problema pueden ilustrar mejor las perspectivas que se deben discutir y trabajar.

SALUD Y CAMPESINADO EN EL SUR ANDINO

Pensamos en los departamentos de Apurímac, Cusco y Puno, cuya Población Económicamente Activa (PEA) está integrada en más de un 60% por campesinos, los mismos que constituyen el grupo social fundamental y mayoritario.

Para poner en relieve los problemas de salud que ya se han señalado, presentamos algunos indicadores para el análisis de la salud en los departamentos del sur andino (Apurímac, Cusco y Puno) y en Lima y Callao; es decir, en departamentos predominantemente rurales y urbanos, respectivamente.

Una primera aproximación se expresa en las tasas de mortalidad materna e infantil y la esperanza de vida. Al respecto, debemos recordar que el Perú tiene un indicador global de esperanza de vida que está por debajo de todos los países latinoamericanos, excepto Bolivia, y que sus tasas de mortalidad materna e infantil también nos ubican en los últimos lugares. Esta consideración debe guiar la interpretación de las cifras que se presentan en el Cuadro 1.

Las abismales diferencias en las tasas de mortalidad materna, 2 ó 3 veces superiores en el sur andino que

en Lima-Callao, o los más de 20 años de diferencia en la esperanza de vida, son ilustrativos.

Cuadro No. 1

INDICADORES DE ATENCION DE SALUD

Departamento	% Población de 0-4 años huérfanos de madre (1)	% de Defunciones niños menores de 5 años (2)	Esperanza de vida al nacer (3)
Apurímac	1.23	.53	46.8
Cusco	1.42	.54	44.1
Puno	1.64	.43	48.2
Lima	.52	.40	67.3
Callao	.52	.32	68.2

Fuente: Estadística del Ministerio de Salud 1981.
Censos Nacionales de Población y Vivienda 1981.
Elaboración: Departamento de Estudios Sector Social-BCRP
(1) Indicador de mortalidad materna
(2) Indicador de mortalidad infantil
(3) Indicador de mortalidad general

Lo mismo sucede con los indicadores de atención de salud a la población. El Cuadro 2 muestra la baja cobertura de salud en el sur andino, pese a no presentar información específica para zonas rurales y urbanas, lo que incrementaría las diferencias.

La situación que describimos invita a preguntarse cómo el campesinado andino atiende sus necesidades de salud. Esta pregunta nos lleva a algo que ya mencionamos: la existencia de una dualidad en la atención médica, donde coexisten una medicina moderna, occidental y "científica", y una medicina andina de origen campesino y popular, corporizada en curanderos y parteras, producto social y cultural del campesinado que constituye un espacio de decisión con elementos de independencia y con una participación y convalidación social que le otorgan caracteres democráticos.

Por eso resulta explicable que desde fuera de ella los formuladores de políticas de salud hayan examinado, y lo sigan haciendo, la medicina andina en sus alcan-

en hojas de plátano y ponerlos en la brasa) para posteriormente aplicarla en el área afectada. Da calor fuerte por lo que se recomienda no dejar el emplasto más de 15 minutos por vez, debe repetirse cada noche hasta que desaparezcan las molestias. Algunos lo combinan con chuchuhuasi y sanango (macerado en aguardiente) o Icoja.

Dolor Lumbar *(Lumbalgia) Masajes con la resina del pan del árbol y dar de tomar capinurí y ushisanango.*

Traumatismo Osteomusculares *Se muele hojas de arcosacha, agregar un poco de alcanfor "cachaza" (aguardiente) luego aplicar directamente en el área afectada.*

Heridas Cortantes *Se aplica musgo masticado, resina de plátano, y carrizos de cabello quemado.*

Mordedura de víbora *Después del tratamiento de la herida (se procura extraer el veneno por succión) se da de beber abundante jugo de cocona con agua muy dulce poniendo al paciente en reposo. Al segundo o tercer día algunos curanderos dan de beber una copita pequeña de kerosene.*
En Contamana el tratamiento es a base de limón. Aplicaciones tópicas de limón y beber el jugo puro de 5 limones, a la hora se repite la bebida con 10 limones, a la siguiente hora con 20 y así aumentando hasta llegar a 50 limones. Todo el tratamiento va precedido y continuado por un ritual que se inicia con la muerte de la víbora causante. La corteza del machimango machacada con agua fría y colocado como emplasto en el lugar de la mordedura. También es de uso corriente.

Picadura de Raya *El dolor se le calma con tratamiento de resina de ojé y después se aplica agua caliente hervida con hoja de yuca.*

Gonorrea *Cocinar renaquillo, corteza de cedro, uvos, sangre de drago; mezclar con chuchuhuasi y dar de tomar.*

Chancro duro. *(Lúes). La raíz de la papaya maltrono se le raspa y el jugo de ésta se aplica directamente. Se advierte que es sumamente doloroso igual se puede realizar con el limón asado.*

Vaca Chupo *(Piomisitis Tropical) y Osteomielitis. Aplicación de calor local con huallascaspi, provoca la salida de pus.*

Epilepsia *La hoja de matapasto machacado más un huevo se dá el 4to. día de luna nueva.*

Vitíligo. *Preparar con 6 frutas de huito y 2 racimos de achiote. Se ralla y se mezcla con un poco de agua y coloca un emplasto en el área afectada.*

Pecas *La orina de criatura aplicada localmente.*

Ulcera tropical o llaga *Dieta sin chancho, gallina ni pescado lavar con jabón, creolina, sangre de drago y limón; luego aplicar emplastos de malva, tabaco, catahua blanca y 3 hojas de ojé durante 15 días. También después de los lavados se puede preparar una mezcla de huama, hoja de patikina y pucunaucho en una olla de barro, hacer un hueco al centro y dejar que el vapor de a la llaga.*

Micosis Dérmicas *Se cocina la papailla, y se lava con el agua fría, luego aplicar una pomada preparada de la siguiente manera: 6 hojas de ajosacha más 6 panes de alcanfor y 2 sobres de azufre machacar.*

Descensos o Leucorrea *Hacer lavados o topicaciones con lo siguiente: 6 gotas de resina de plátano en medio litro de agua o cocinar 2 semillas de taperibá en un litro de agua "serenándolo" una noche hasta estar listo para su uso o 6 gotas de sangre de drago en medio litro de agua.*

Aborto incompleto *Dar una cucharada de la siguiente mezcla: 6 gotas de sangre de drago en medio vaso de agua.*

Amigdalo Faringitis *Hacer inhalaciones de mentol, moler la planta oreja de león, y dar de tomar con un poco de agua 1 ó 2 veces. Según indican es un buen expectorante y calma el dolor de garganta. Cuando se acompaña de noriguera, té de piri-piri negro bien hervido y frotar el cuello con grasa de carnero.*

Sinusitis Crónica *Aspirar el vapor del té de malva. Inhalaciones de una cocción de limón verde más hojas de Santa María machacadas. Botar el agua en un nido*

de hormgias. Hacer esto 3 veces al día, interdiario durante una semana. Se recomienda estar en ayunas.

Tuberculosis *Dieta (evitar excesos, sal, azúcar, ají, alcochol, sexual). Tomar chuchuhuasi (macerado en aguardiente) más corteza de uvo tierno en infusión durante 3-4 meses. También se recomienda cuando hay expectoración hemoptoica (con rasgos de sangre) con 3 gotas de sangre de drago en medio vaso de agua cada 6-12 horas.*

Tos ferina *Preparar el siguiente jarabe: 1 toronja más el jugo del fruto de la yarina y azúcar al gusto. Dar en cucharadas 2-3 veces al día. Para la tos cocinar 1 cebolla blanca, agregar azúcar y dar de beber por cucharadas 3-4 veces al día. También se puede usar alternativamente sacha ajo más miel de abeja.*

Fiebre Intestinal o Diarreas Infecciosas *Agua de verbena oral. Preparar 1 litro de enema con 30 hojas de verbena negra, 1 cucharada de leche de magnesia, 1 cucharada de aceite.*

Enfermedades Renales *Tomar infusión de malva más sal de frutas y limón y realizar baños de asiento (con chancapiedra) o preparar el siguiente brebaje: 10 hojitas de airesacha machacadas más 15 gotas de maravilla, se mezcla con agua hasta completar medio vaso y se da de beber por 9 mañanas. También se puede preparar con 20 hojitas de cordoncillo hervir y mezclar con flor de retama. Beber 1 vaso cada mañana.*

Retención urinaria *Colocar en el fuego la supipanga y frotar en el hipogastro (bajo vientre).*

Fiebre Amarilla *Se cocina en baño maría ajenjibre (kión) después se hacen aplicaciones en la frente y se pide que guarde reposo en cama. Si hay hemorragias digestivas bajas se hacen baños de asiento con agua en la que se ha hecho hervir tabaco.*

Paperas *Aplicar en frío a la parte afectada, nido de avispa disuelto en agua y mezclada con alcanfor y aguardiente.*

Hepatitis *Dieta sin grasas ni huevo. Evitar relaciones sexuales, guardar reposo en cama. Tomar un prepa-*

rado a base de verbena negra (bien machacada) mezclada con flor de retama. Algunos curanderos usan también la raíz del pijuayo y el guisador. La ictericia (color amarillo) desaparece aplicando diente de ajo a manera de collarin.

Parásitos *Mezclar la resina del ají con jugo de limón, naranja o té a partes iguales, męzclar con un poco de aguardiente y jugo de caña de azúcar. Si se quiere usar como purgante usar una sola vez para gusanos dar 1/2 vaso durante 9 mañanas.*

Pelagra *Machacar la verdolaga, colarla y añadir 2 gotas de limón, esto se da de tomar 1 vaso, después se hace beber jugo de tutumo 1 vaso hasta que termine la enfermedad. El paciente también debe tomar jugo de beterraga, zanahoria, naranja y tomate. Las lesiones de la piel se pueden cubrir con barro negro de las cochas mezclado con alcanfor y azufre, luego se baña al niño.*

Mal de susto o "manchari" *Se baña al niño con agua en la cual se ha machacado un plátano asado, a las 3 a.m. Se da de beber un poquito de chuchuhuasi refinado e "icarado" (canto ritual). Se le hace guardar dieta al 4to. día se le cocina un pollo obediente con cebolla.*

Cólera y Edad Crítica *Dar de tomar una infusión caliente del "cogollo" del limón (cuando la planta está tierna). En la noche preparar 1 tarro chico de leche Gloria más 1/2 vaso de agua y 2 huevos, batir bien y tomar antes de dormir.*

Infertilidad *Chuchuhuasi con un poco de hipururu y ajenjibre, se mezcla con miel de abeja. Se deja enterrado por 15 días y después se da de beber.*

Nota: *Todos los específicos, sintomáticos y fórmulas magistrales han sido tomados de la experiencia de 3 médicos tradicionales. Se recomienda con la prudencia y criterio científico que da la medicina moderna, probar algunos de ellos cuando sea necesario y formar su propia experiencia, de esta forma estaríamos valorizando nuestra medicina popular en su esencia, bajo el principio general que debe normar a todo médico "Primum con damnare". Primero, no hacer daño.*

EL SIDA: ¿OTRA ENFERMEDAD "TERCERMUNDISTA"?

R.C. Sabatier (Earthscan)

LONDRES: El SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) puede ser una amenaza mayor para el Tercer Mundo que para los países del Norte. El virus ha infectado ya a una gran proporción de habitantes del Congo, Ruanda, Uganda y Zaire, pero no se sabe cuántos de ellos desarrollarán la forma "activa".

El hacinamiento y las condiciones antihigiénicas generalizadas en muchos países en desarrollo, combinados con frecuentes infecciones, heridas y llagas, hacen que el contacto sanguíneo sea inevitable y la transmisión del virus probable.

Se ha demostrado que a pesar de que los haitianos en Haití muestren una alta presencia de anticuerpos del SIDA en la sangre, los que viven en EE.UU. no muestran ninguna diferencia con otros residentes del país. Como el virus no escoge sólo a quienes carecen de visa de residencia en EE.UU., los expertos opinan que la diferencia se debe a la pobreza y al inadecuado saneamiento.

Como el 75% de los casos de SIDA diganosticados han ocurrido en homosexuales, se ha clasificado como enfermedad sexualmente transmitida, lo cual ha confundido el hecho de que se transmite de la misma forma que el virus de la hepatitis B: a través de la sangre. Así pues, su transmisión sexual es incidental en casos donde la práctica sexual causa abrasión a las membranas mucosas. En el Tercer Mundo es frecuente el contacto sanguíneo. Aun los tratamientos médicos pueden diseminar la enfermedad con el uso de agujas sin esterilizar.

El Profesor Luc Montaigner del Instituto Pasteur de París considera el virus del SIDA como virus "lento" con un posible periodo de incubación de entre 10-20 años. Los virus lentos pueden experimentar cambios genéticos, y cada mutación requiere una vacuna diferente. La vacuna única es, pues, improbable.

En EE.UU., tan sólo para los nuevos casos de 1985, la

hospitalización, análisis y asesoría costarán US $ 436 millones. ¿Cuánto más oneroso no resultará el SIDA en los países del Sur?

Boletín de Earthscan, mayo 1985



LA CURANDERA DE OAXACA

En muchas civilizaciones del Tercer Mundo, donde aún no ha penetrado la cultura occidental, se guarda respeto y reverencia a las mujeres curanderas. En lo alto de las montañas de Oaxaca, México, vive una anciana muy admirada por condensar la sabiduría de su antigua cultura para bien de su pueblo. Participa en la vida cotidiana de su aldea mazateca, donde las gentes tienen pocas comodidades pero comparten un sincero sentimiento de comunidad. Vive sin esposo y comparte las tareas domésticas con sus hijas y sus nietos que viven con ella.

Tarde en su vida ella respondió a un llamado interno que la llevó a convertirse en curandera y hoy ha desarrollado extraordinarias habilidades en su arte. Mujer sencilla, en ocasiones se convierte en "vehículo de la deidad y de la salud". La gente llega desde remotos lugares para buscar su ayuda en el alivio de sus dolencias físicas, psicológicas y espirituales.

Uno de sus más frecuentes rituales es la ingestión de hongos sagrados –que según se cree alojan a los espíritus de deidades benévolas– que ella misma recoge en las montañas. Luego de consumir estas plantas alucinógenas, ella se imbuye del poder que le permite realizar la tradicional "velada". Durante estas ceremonias nocturnas, la curandera enciende cirios ante

imágenes de Jesús y de la Virgen María mientras repite los antiguos cánticos que invocan a la deidad que la asiste en el alivio de los dolientes.

Con el reconocimiento que le da su pueblo, puede, con sabiduría e integridad, decir las palabras que la iluminan:

Soy la mujer de tierra
Soy la mujer de cielo
Soy la mujer águila
Mujer de puro espíritu
Soy mujer de luz
Soy la mujer que mira con curiosidad el interior de las cosas
Soy mujer sabia en medicina
Soy mujer de estrellas
Mujer del torbellino
Soy mujer sabia en palabras
Soy mujer sabia en hierbas
Soy mujer que retumba.

Karen O'Brien

(Noticias Aliadas. Junio 20, 1985)

N. de R. *Al momento de imprimirse estas páginas (noviembre 1985), la prensa ha dado la noticia de la muerte de la "Curandera de Oaxaca" o "Reina de los alucinógenos". Esta indígena mazateca, María Sabina, de 97 años, cobró fama mundial por su conocimiento de los hongos alucinógenos.*
Miles de personas de todo el mundo viajaban hasta la sierra de Huautla, donde vivió Sabina la mayor parte de su vida, para someterse a las sesiones con los "niños de Dios", como la indígena llamaba a los hongos.

al ritmo de la noticia

la
ultima
isla
noche

INJUSTICIA SOCIAL EN ECUADOR

Quito.- "Una situación de pobreza inhumana afecta a la mayoría de la población ecuatoriana". ha declarado recientemente la Conferencia Episcopal de Ecuador ante la visita pastoral del Papa a este país. El 81 por 100 de los casi 9 millones de habitantes de Ecuador figura como clase baja y marginada; y cuenta con sólo el 33 por cien de la riqueza nacional. Un 18 por 100 de la población integra la clase media y disfruta del 41 por 100 de los ingresos del país. Por último, hay un 1% integrado por banqueros, grandes comerciantes y altos militares que constituye la clase alta. Tiene para su disfrute personal los mismos bienes que 109 pobres juntos.

Pueblos del Tercer Mundo
Feb. 1985



DESMENTIDO DEL VATICANO A REAGAN

El Vaticano aclaró el 17 de abril que Juan Pablo II apoya los esfuerzos para llegar a una solución negociada en el conflicto centroamericano y no la ayuda a los antisandinistas, como sugirió el presidente Ronald Reagan.
El vocero del Vaticano, Joaquín Navarro Valls, dijo que "el Papa siempre respaldará los esfuerzos para lograr una solución negociada a los problemas de América Central", señalando que el pontífice no apoya ni a una parte ni a la otra.
Reagan, al buscar respaldo para su propuesta de dar más ayuda a los antisandinistas que luchan por derrocar al gobierno de Nicaragua, afirmó que había recibido un mensaje del Papa "urgiéndonos a continuar nuestros esfuerzos en Centroamérica".

ICLA, Abril 1985

JOC-PERU: 50 AÑOS DE VIDA Y ACCION

La Juventud Obrera Católica, comunidad juvenil de acción, reflexión y fe, el 15 de mayo estará celebrando 50 años de vida y acción, de fidelidad al Evangelio de Jesús, a la Iglesia y a la clase obrera.
La JOC cumple así 50 años educando y evangelizando, construyendo nueva sociedad y haciendo Iglesia en el corazón de la masa de jóvenes trabajadores: canillitas, obreros, trabajadores del hogar, ambulantes, desocupados, eventuales, etc.
Diez años después de haber nacido en el mundo con José Cardijn, una de las más grandes figuras de la Iglesia de este siglo, la JOC en el Perú nace con el P. Vicentino Amelio Placencia el año 1935, en el distrito de Surquillo, Lima. Nace en una zona industrial en desarrollo y crecimiento (fábricas de galletas, textiles, fideos, panificadoras, comercio) y en medio de una clase obrera que empieza a desarrollarse y a entrar en auge. En 1946 es reconocida oficialmente por la Iglesia y a la vez adquiere dimensión nacional.

La JOC como movimiento nace empeñada en la liberación de la juventud trabajadora, desde sus condiciones de vida y trabajo, para hacer conocer a cada joven obrero su misión histórica en la tarea de construir nueva sociedad, para ofrecer a todos los jóvenes trabajadores sin excepción, la oportunidad de compartir, de profundizar y vivir en comunidad, la solidaridad, la esperanza y la fe, haciendo así presente el acontecimiento liberador de Jesucristo en la clase obrera.

Páginas, Abril 1985



BRASIL: AMENAZAN EXISTENCIA DE TRIBUS AMAZONICAS

La oficina de Pastoral Indigenista de la Prelatura del Alto Solimoes y el Consejo Indigenista Misionero (CIMI) denunciaron recientemente que la sobrevivencia de los indios de las tribus aisladas del valle del río Yavarí y la vida de cientos de trabajadores corren peligro en la región amazónica brasileña por las actividades de la PETROBRAS, empresa estatal de petróleos. Los indigenistas piden el retiro de la compañía y una efectiva demarcación de las tierras indígenas.

Misión Sin Fronteras, abril 1985

CARTA DE SURVIVAL INTERNATIONAL AL PRESIDENTE DE GUATEMALA

Gral. Oscar H. Mejía Víctores
Presidente de la República.
Palacio Nacional. Guatemala

Estimado Sr. Presidente:

Durante los últimos años Survival International ha observado los eventos de Guatemala, especialmente en lo relacionado a la población india, con profunda ansiedad. Hemos venido haciendo apelaciones ante usted, sus predecesores, y las Naciones Unidas para protestar por las flagrantes y repetidas violacioanes de los derechos humanos en su país.

El 13 de enero de 1950 Guatemala ratificó la convención sobre Prevención y Castigo de Crímenes de Genocidio, y exactamente 7 años atrás, el 27 de abril de 1978, su país ratificó

la Convención Americana de Derechos Humanos. A pesar de las obligaciones legales que la ratificación de dichos Convenios Internacionales implica, Survival International ha recibido numerosas denuncias de que su gobierno y sus fuerzas armadas han violado repetidamente esos acuerdos.

El envío de la presente carta ha sido precipitado por las alarmantes noticias de que comandantes militares en el departamento de Solola están a punto de embarcarse en una violenta campaña contra la comunidad India de Santiago de Atitlán. El ejército ya ha comenzado un detallado censo de la población civil aparentemente como preludio a su posible evacuación a Nahuala, una de las "villas modelo" que forma parte del programa de "pacifica-

ción rural" de su gobierno. La intimidación por parte del ejército hacia la población civil ha aumentado. Campesinos indios han sido detenidos y torturados en las barracas militares locales, y cinco indios fueron muertos el 29 de marzo pasado. Apelamos a usted a que investigue estos crímenes, castigue a sus responsables, y ponga término a la represión militar en Santiago de Atitlán.

Atentamente:
Robin Hambury-Tenison
Presidente



ECUADOR: CAMPESINO "PARROCO"

Monseñor Proaño, obispo de la provincia de Riobamba, ha autorizado a uno de sus "campesinos misioneros" para que se encargue de una parroquia, que no tiene sacerdote, llevando a cabo bautizos, casamientos y distribución de la comunión y de los Santos Oleos, aparte de las tareas burocráticas necesarias en la misma.

Los "campesinos misioneros" del Ecuador son campesinos indígenas que, por iniciativa de Mons. Proaño, dejan periódicamente a sus familias, sus campos y su ganado para dirigir "semanas de misión" en los pueblos y aldeas de Riobamba. Durante el día trabajan con las gentes del pueblo y por la tarde presiden reuniones en las que se discuten temas religiosos y problemas de la vida cotidiana.

Misión Sin Fronteras, abril 1985



CONGRESO DE TRABAJADORES SIN TIERRA

Curitiba. Brasil. A principios de 1985 se realizó en la ciudad de Curitiba el Primer Congreso de los Trabajadores sin tierra, en un intento de reforzar la unión entre los indígenas y campesinos en su lucha por la tierra.

Los participantes fueron aproximadamente 1.500, con asistencia de representantes de Ecuador, Perú y México. Durante el desarrollo de este primer congreso, fue significativo el hecho de que en las mesas redondas se abordaran temas sobre la participación de la mujer en la lucha de los "sin tierra", y la problemática indígena.

Se manifestó que "sobre todo la problemática de la tierra de los indios estaría indicando a los participantes del congreso cómo ven ellos sus problemas". Se expresó que la tierra es para todos "su salud, paz, trabajo, y libertad. El blanco no obedece la ley de la naturaleza, pues sólo obedece los intereses de las multinacionales..."

Díalogo Indígena Misionero.
Abril 1985

CHILE: ESPERANZAS PARA LOS CAMPESINOS

Los campesinos, organizados sindicalmente a través de la Comisión Nacional Campesina (CNC). han sido los primeros en responder a la Carta Pastoral de los obispos de Chile: "Abrir surcos para sembrar esperanza". Las palabras que ustedes nos dirigieron –señalan los dirigentes campesinos– deben ser semillas que caigan en tierra buena para que la verdad, la justicia, el amor y la libertad se reproduzcan" Expresaron, además, que el llamado de los obispos les ha dado nuevas fuerzas para seguir adelante "en la lucha por establecer una sociedad más justa, participando activamente en la vida pública, y seguir luchando por la recuperación de todos los derechos y la puesta en marcha del proceso de dignificación del campesinado".

Misión Sin Fronteras, abril 1985



CONGRESO CAMPESINO

La Confederación Nacional Agraria (CNA) realizó su IV Congreso del 15 al 17 de febrero en la Cooperativa Ingenio de Huaura. Felipe Huamán fue reelegido como presidente de la CNA para un nuevo período de tres años. El Congreso recibió el nombre de Jesús Oropeza Chonta en honor al dirigente de la CNA asesinado por la policía y tuvo como lema "Ni tierra sin campesinos ni campesinos sin tierra". Asistieron unos 600 delegados de todo el país, representando a 18 Federaciones Agrarias, Ligas Agrarias y organizaciones de base. Se había invitado a los candidatos de los 4 principales partidos políticos, pero sólo se hizo presente Alfonso Barrantes de IU y un representante de Convergencia Democrática.
Se acordó entre otras csas, luchar por la pacificación de las zonas de emergencia y por el respeto de la autonomía comunal rechazando la formación de grupos paramilitares. Se reiteró la defensa de las tierras asociativas y la necesidad de integrar a los pequeños agricultores en entes asociativos/

Andenes, abril/mayo 1985

CIENTIFICOS SE INTERESAN POR PLANTAS MEDICINALES Y HIERBAS QUE UTILIZAN LAS TRIBUS NATIVAS

La doctora Jan Salick, quien forma parte de uno de los programas para el estudio de hierbas medicinales tradicionales, en este caso bajo los auspicios del Jardín Botánico de Nueva York, se manifestó preocupada por la celeridad con que se está perdiendo invalorable información sobre plantas que podrían salvar vidas o jugar un importante papel en la salud pública.
En la selva peruana existe una infinita abundancia de plantas medicinales tradicionalmente utilizadas por las tribus nativas para el tratamiento desde simples afecciones de la piel hasta las más complicadas enfermedades del hígado, riñones, corazón y otras como problemas circulatorios, dolores reumáticos, quemaduras, etc.

Se estima que existen por lo menos unas mil doscientas especies botánicas anticonceptivas con efectos temporales o permanentes, así como hierbas que alivian los dolores del parto, que detienen las hemorragias y que curan mordeduras de serpientes peligrosas.
Sin embargo, muchos de estos conocimientos se están perdiendo irremediablemente, según señala la doctora Jan Salick, ya que las jóvenes generaciones de las tribus no tienen interés por conservar estas tradiciones. "Los conocimientos de la Botánica tradicional están desapareciendo con más celeridad que la selva misma", afirmó.

El Comercio 31.5.85



LA CULTURA INDIGENA NO ES INFERIOR

A fines de mayo, el Jurado Departamental de Amazonas daba cuenta que el Partido Aprista Peruano (APRA), por intermedio de su personero, había interpuesto un recurso de nulidad de las elecciones del Distrito de Imaza, Departamento de Amazonas.
El personero del APRA fundamentó el recurso de nulidad alegando que los aguarunas, por ser iletrados y sin suficiente cultura, habían sido objeto de manipulación por parte de la Izquierda Unida (IU). El personero señaló también que los aguarunas son gente de bajo nivel cultural y no pueden haber otorgado una votación masiva a IU.
Al respecto, Cecilio Soria, estudiante universitario shipibo, y representante de la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (ALDESEP), declaró: "Cómo se puede pedir que se anulen los votos con el pretexto de un bajo nivel cultural? Definitivamente no aceptamos que nuestra cultura sea inferior a las demás culturas".

El Trueno, mayo 1985

MEDIDAS PARA COMBATIR LA FIEBRE AMARILLA

Como una medida de emergencia, la Región de Salud Centro Medio ha dispuesto la reapertura de los puestos de vacunación contra la fiebre amarilla tanto en Huancayo como en Puntayacu, a la entrada de La Merced, a raíz de haberse presentado un caso de fiebre amarilla en un caserío. El Director Ejecutivo de la Región de Salud ha sugerido tomar otras medidas más urgentes, porque basta un solo caso de fiebre amarilla para ponerse en alerta y que para viajar a la Selva será necesariamente obligatorio el certificado de vacunación...
Señaló que el peligro de la fiebre amarilla o peste negra es latente, por lo que nadie debe ingresar a la Selva o Ceja de Selva sin antes vacunarse, ya que es la única manera de contrarestar este mal que, una vez contraído, tiene efectos mortales.

El Comercio 28.5.85

NUEVO BROTE DE MALARIA EN LA CONVENCION

Luego de un largo período en el que se pensaba que la malaria o paludismo ya había sido totalmente erradicado, se han presentado nuevos brotes de este mal en la Provincia de La Convención, departamento del Cusco.
El director Regional de Salud ratificó la existencia de la malaria en Quillabamba y otras localidades de la provincia de La Convención y en el valle de Vilcabamba, debido sobre todo a su cercanía con otras zonas densamente epidémicas, como son los departamentos de Madre de Dios y Huánuco.
Hace unas semanas se hizo una denuncia en el sentido de que al parecer la malaria habría entrado por el lado de Bolivia y que podría tener características malignas, más peligrosas que las del tipo presentado en otras regiones del país.

El Comercio 23.5.85

El Senador Aprista Pedro Yúgar Gallegos denunció que el paludismo o malaria en el Perú se ha vuelto casi incontrolable, y que actualmente se registran en toda la república más de 100,000 casos, señalando como la causa de ello el no haberse adquirido oportunamente DDT necesario para fumigar las zonas palúdicas.

HOY, 26.5.85



COMUNIDADES NATIVAS DEL PERENE EN PELIGRO DE DESAPARECER

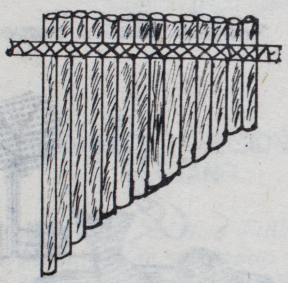
El Perené es un río al que llegan continuamente nuevos colonos. En la Comunidad de Marankiari han aumentado tanto los colonos que los habitantes asháninca nativos se han retirado a las cumbres. Los nativos que se han quedado a vivir en Marankiari han dejado de lado sus vestimentas tradicionales, sus costumbres autóctonas, evitan hablar su propia lengua, o aquello que les pueda identificar como asháninca. En la comunidad de Bajo Pucharini mantienen sus costumbres tradicionales dentro de sus casas, pero fuera de ellas cambian de actitud. Antes era un caserío netamente nativo y todos participaban de sus fiestas tradicionales. Se practicaba la caza y la pesca. Con la construcción de la carretera marginal de la selva llegaron los colonos, especialmente los CHORIS (serranos), que los obligaron a dejar sus tieras y refugiarse en las cumbres.
Los asháninca han visto reducidas sus tieras con las linderaciones. Hay comunidades asentadas en las inmediaciones de grandes haciendas, y en muchos casos se ven obligados a trabajar por muy pocos soles. Las comunidades cercanas a centros poblados habitados por colonos y vinculados a las carreteras, son los que más fácilmente se van asimilando a la cultura occidental, abandonado y renegando de su propia cultura en muchos casos. El consumo ha cambiado, se han creado necesidades difíciles de satisfacer (radios, relojes, etc.). En el intercambio de comercio, a los asháninca les toca la peor parte.

El Trueno, mayo 1985

SEMANA DEL INDIO (BRASIL)

Se celebró en Brasil, del 15 al 21 de abril, la Semana del Indio, que quiso ser un momento para "crecer en la conciencia de la situación indígena y asumir la angustia en la que viven los indios". Este evento demostró que los indios quieren vivir su cultura, sus tierras y sus derechos, en contra de los genocidios o los proyectos económicos que buscan la destrucción de sus áreas indígenas.

Misión Sin Fronteras, mayo 1985



CIMI PROPONE RECONOCIMIENTO DE LA DIVERSIDAD ETNICA

El Consejo Indigenista Misionero (CIMI) del Brasil, a través del documento "Los pueblos indígenas y la Pastoral Indigenista en el actual momento histórico", presentado el 17 de abril a la Conferencia Nacional de Obispos Brasileros, propone que la nueva constitución de Brasil reconozca la diversidad de grupos étnicos del país para "acabar con la amenaza de una integración forzada de los pueblos indígenas, su cultura, sus territorios y subsuelo".
El documento, firmado por el presidente del CIMI, Mons. Erwin Klauter, obispo de Xingu, destaca que el reconocimiento de las diferencias étnicas es un derecho histórico, pues, "el problema crucial de los pueblos indígenas continúa siendo la falta de respeto, las invasiones y la usurpación de sus tierras", acentuado "durante el modelo de desarrollo ejecutado por el régimen militar".
También son demandadas por el documento la demarcación de las tierras indígenas, y la garantía del subsuelo.

ICLA mayo 1985

OBISPOS SE SOLIDARIZAN CON LEONARDO BOFF

Diez obispos brasileños han publicado un comunicado de solidariad con el Teólogo de la Liberación Leonardo Boff, después de que el Vaticano le condenara a un año de "silencio obsequioso". Traducimos:
"Como obispos de la Iglesia Católica en Brasil sentimos el deber de manifestar públicamente nuestra inconformidad con el castigo infligido por la Congregación Vaticana para la Doctrina de la Fe a nuestro teólogo Leonardo Boff. Tanto la medida en sí como el procedimiento usado en su aplicación, nos parecen poco evangélicos, lesivos a los derechos humanos y a la libertad de investigación de teólogo, contrarios al testimonio de libertad y caridad cristiana, perturbadores del camino de nuestras Iglesias y ofensivos a la corresponsabilidad de nuestra Conferencia Episcopal.

10 de mayo de 1985

IGLESIAS POR LA PAZ

Trescientas iglesias cristianas de 50 países de todo el mundo se reunieron para deliberar sobre la paz en Centroamérica. La reunión ecuménica fue convocada a mediados de abril por el Consejo Mundial de Iglesias y la Comunidad Teológica de México.

Los representantes de las Iglesias protestantes, ortodoxa y católica asistentes a la reunión, señalaron que ahora se presenta con mayor urgencia la necesidad de que las Iglesias trabajen por la paz, "pero no por la paz de los muertos como la define la llamada Doctrina de la Seguridad Nacional, que significa represión, violencia, tortura, desaparecidos, refugiados". Las 300 iglesias reiteraron también su apoyo a las gestiones de paz del Grupo de Contadora.

Noticias Aliadas, mayo 1985

PALMA AFRICANA AMENAZA SUPERVIVENCIA DE NATIVOS

Pidiendo la solidaridad nacional e internacional, la Confederación de Nacionalidades Indígenas de la Amazonía Ecuatoriana (CONFENIAE) denunció en Quito, a fines de marzo los efectos nocivos del cultivo de la palma africana en sus comunidades, y la "amenaza que constituye su expansión inminente". La organización de seis pueblos nativos criticó políticas gubernamentales que han impulsado "el saqueo de los recursos naturales y la ocupación indiscriminada y violenta de las tierras de la Amazonía, desconociendo la existencia de nacionalidades indígenas".

Como efectos previsibles de la expansión de plantaciones de la palma africana, la CONFENIAE denunció la deforestación, el deterioro de los suelos pr el uso intensivo de abonos, insecticidas y herbicidas químicos; la contaminación de los ríos por desperdicios industriales del procesamiento del aceite de palma; la destrucción de proyectos de desarrollo locales en sus comunidades; la "peonización" de indígenas y colonos en la región amazónica ecuatoriana; el despojo de los indígenas y la destrucción de su cultura. Reclamaron la tierra como "única y verdadera herencia histórica" y su "garantía de supervivencia"

Noticias Aliadas, mayo 1985



EMPRESA INVADE TIERRAS CAMPESINAS

Según denuncias de los campesinos de Recreo (Río Amazonas), la Empresa EMDEPALMA viene cometiendo una serie de abusos con los campesinos de la Comunidad de Santa Cecilia. Esta empresa está destruyendo plantaciones de yuca, plátano, piña, etc., con la finalidad de sembrar palma aceitera y no paga ni un centvo a los dueños de los sembríos destruídos.

Desde la llegada de esta empresa a la comunidad de Santa Cecilia, el pueblo se ha desunido y no colaboran los moradores en la solución de los problemas comunales ni cultivan sus chacras, surgiendo frecuentemente conflictos por el abuso del alcohol.

El Arrocero, mayo 1985



ASESINADO UN MISIONERO ITALIANO

El misionero italiano Tullio Favali fue brutalmente asesinado el pasado 11 de abril, en la isla de Mindanao (Filipinas) por bandas paramilitares. A pesar de que la Iglesia filipina sufre una brutal persecución en los últimos años por parte de la dictadura de Marcos, apoyado por los EE.UU., y son muchos los cristianos y agentes de pastoral asesinados y desaparecidos, es la primera vez que matan a un sacerdote extranjero.

Unos meses antes del asesinato del misionero, oficiales filipinos habían dicho, que "sería bueno matar a algún sacerdote o a alguna religiosa para que los ministros de Jesús sintieran miedo de continuar trabajando"

Vida Nueva, 4.5.1985

CARTA DE SURVIVAL INTERNATIONAL AL PRESIDENTE PINOCHET

General Augusto Pinochet Ugarte
Presidente de la República,
Palacio de la Moneda
Santiago, Chile

S.E.:

Survival International es una organización de derechos humanos con estatus consultivo (ONG) ante las comisiones de derechos humanos de la ONU (ECOSOC) y de la CEE, que defiende el derecho de los grupos tribales en peligro a su supervivencia, autodeterminación y uso y propiedad de sus tierras tradicionales.

Nos dirigimos a usted para protestar contra el trato que la comunidad de indios Mapuche sufre en su país. En enero de 1984, Manuel Segundo Melín Pehuen fue brutalmente asesinado. Un escuadrón de la muerte autodenominado ACHA (Acción Chilena Anticomunista) se ha adjudicado la responsabilidad por este hecho, y ha dado a conocer amenazas de muerte para los líderes de ADMAPU. En marzo de 1984, policías y soldados atacaron la comunidad de Miquihue hiriendo seriamente a cinco personas. Desde entonces, los Mapuches y sus líderes han sido repetidamente provocados y hostigados por la policía. Peor aún, dirigentes de ADMAPU fueron sentenciados a exilio interno y su organización proscrita.

Urgimos a usted a que dé pronta atención a estos asuntos para asegurar que estos crímenes e injusticias no se repitan y que sus responsables sean puestos en manos de la justicia.

Estamos convencidos de que la intensificación del conflicto entre su

gobierno y la comunidad Mapuche deriva, en particular, de la puesta en práctica del decreto 2568 de 1979, que está causando la desintegración de la base territorial de los indios Mapuche y la erosión de su identidad cultural. Le urgimos a que deje esa legislación etnocida sin efecto y que, en consulta con los indios, produzca una nueva que, –de acuerdo al derecho internacional– proteja de manera efectiva las tierras de los indios.

Atentamente,
Robin Hanbury-Tenison
Presidente



ASI TRATAN A LOS CAMPESINOS

El Director Regional de Agricultura hizo grandes promesas durante la campaña electoral y aceptó cumplir todas las peticiones de los campesinos, incluyendo la devolución de la Casa Campesina, que tanta falta le hace al campesinado.
Sin embargo, después de realizadas las elecciones, y cuando el 23 de abril acudieron los dirigentes campesinos a la Oficina del Ingeniero Ramón Ruiz para coordinar sobre las salidas a las comunidades, fueron tratados en forma prepotente y no quiso escuchar sus propuestas aduciendo que "los campesinos no saben lo que piden y no contribuyen al desarrollo regional ni al de la sociedad".

El Arrocero, mayo 1985

VATICANO IMPONE SILENCIO AL PADRE BOFF

La Santa Sede impuso silencio al sacerdote brasilero Leonardo Boff, destacado teólogo de la liberación. La decisión divulgada el 9 de mayo fue precedida por una de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe que calificaba el libro "Iglesia: Carisma y Poder", del P. Boff, como un peligro para la sana doctrina de la fe.
Con la actual medida, la Santa Sede impide por 1 año al P. Boff realizar cualquier actividad de conferencista y escritor sobre doctrina católica, y en concreto, le prohibe publicar sus escritos en la Revista Eclesiástica Brasilera.
El 11 de mayo, un grupo de diez prelados de la Conferencia Nacional de Obispos de Brasil manifestaron su desacuerdo con la disposición del Vaticano por considerarla poco evangélica y lesiva al respeto a los derechos humanos, cristianos y la libertad.
Los obispos señalaron que la pena contra Boff es contraria al testimonio de libertad y caridad cristiana y ofensiva a la corresponsabilidad de la Conferencia Episcopal Brasilera.

ICLA, Mayo 1985



INVASION DE COMUNIDADES POR NINEROS AURIFEROS

En Madre de Dios todas las comunidades nativas están invadidas por mineros de fuera, excepto "Puerto Luz", que han logrado defenderse "a lo macho". Se han pintado, han salido con sus arcos y flechas y han espantado a los mineros que querían invadir la comunidad. Han hecho sus rondas, han establecido sus chacras en lugares estratégicos para defender su tierra; y allí están trabajando el oro y ocupando todas las playas. Nadie puede meterse sin enfrentarse con ellos. Hasta empresas y grandes transnacionales se han retirado: una empresa alemana inclusive.

En el resto de las comunidades la situación no es tan halagüeña para los nativos: los colonos se establecen y explotan el oro amenazándoles con sus armas si protestan.

Voz Indígena, Junio 1985

ASAMBLEA DEL PUEBLO ACHUAL

La Organización Achual Chayat, integrante de AIDESEP (Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana) realizó su II Asamblea en la comunidad de WASHINTSA. Los principales acuerdos tomados fueron:

- Continuación de los trabajos de titulación de tierras.
- Aprobación del Estatuto de la Organización
- Inscripción de las comunidades tituladas en los Registros Públicos.
- Realización de curso para promotores de salud.
- Fomentar la culminación de los estudios secundarios de los sanitarios de la localidad de S. Lorenzo.
- Cuidar el aspecto alimenticio de las comunidades, bajo responsabilidad de los promotores de Salud.
- Preparar a los jóvenes promotores de Salud para desarrollar mejor sus actividades.
- Exigir que los profesores sean nativos bilingües

Voz Indígena, junio 1985



UNIVERSIDAD ALEMANA OTORGA DOCTORADO HONORIFICO AL P. GUTIERREZ

La Universidad de Tubinga otorgó, el 19 de junio, un doctorado Honoris Causa al P. Gustavo Gutiérrez en mérito a "su aporte al pensamiento teológico actual universal, por una teología de la liberación humana en la perspectiva de la Iglesia de los pobres, por su servicio a la fe en la sociedad y por su espíritu de concordia católica".

En la misma ceremonia la Universidad de Tubinga distinguió también a otras dos personalidades eclesiásticas del Tercer Mundo: el obispo vietnamita Mons. Nguyen Kim

Diem, que se vio impedido de asistir, y el jesuita alemán radicado en Costa Rica, Franz Tattembach, quien recibió, junto con el P. Gutiérrez, emocionantes aplausos, y ovaciones.

Informativo, Junio 1985



DESENFRENADA TALA DE ARBOLES

En el área del Huallaga hay 15 mil hectáreas sin bosques y sin cultivos debido a que en los últimos años se ha producido una desmesurada tala de árboles. Los campesinos, particularmente los colonos, vienen rozando, talando y quemando árboles para ganarle terreno al bosque.
Algunos especialistas han cuestionado las formas de explotación tradicional de los bosques y suelos del valle del Haullaga y en general de la Amazonía y plantean la reorientación de la producción agrícola, priorizando primero las necesidades regionales y la aplicación de una adecuada tecnología que permita el uso racional de los recursos y la conservación del aspecto ecológico, sobre todo si se tiene presente que la base fundamental de la economía de la Amazonía es el sector agropecuario. Sin embargo, hasta ahora se ha venido desarrollando una agricultura tradicional orientada más hacia los mercados extraregionales.

El Nacional, junio 1985

MEDICINA NATURAL: ALTERNATIVA POPULAR

Del 25 al 28 de marzo, se realizó el I Encuentro de Medicina natural en Cajamarca. Participaron 40 personas de diversos lugares de la región, junto con miembros del Departamento de Acción Social del Obispado de Cajamarca.
Durante el encuentro, hubo intercambios de los conocimientos y experiencias sobre Medicina Natural. Por las noches, los asistentes cantaron sus coplas a las hierbas medicinales. Al final llegaron a las siguientes conclusionesó

1) *Realizar encuentros zonales para organizar los botiquines y herbarios de plantas medicinales.*
2) *Organizar los encuentros diocesanos una vez al año.*
3) *Para promover la medicina natural se nombraron responsables de cada zona.*
4) *Continuar la revisión del libro "Medicina del campo" y enviar los aportes para tenerlos en cuenta para la segunda edición.*

Andenes Junio/Julio 1985

bi
blio
grafía

WHITE, Alan. *"Hierbas del Ecuador. Plantas medicinales"*. Quito, Eds. Libri Mundi, 1985. 3ra. edición.

El libro en edición bilingüe que nos brinda el Sr. Alan White es fruto de una investigación minuciosa acerca del valor y uso de las plantas medicinales que desde tiempos inmemoriales ha utilizado el aborigen del Ecuador.
La obra en sí no pretende ser un estudio científico, sino una recopilación de datos de diversas fuentes, algunas de conocimiento tradicional y otras de investigaciones y experimentos recientes.
Para el campesino y el nativo las enfermedades que se les presentan son siempre producidas por espíritus, demonios o por la acción maléfica de los brujos, de ahí que también la curación tuviera aspectos mágicos utilizando para ello variadas plantas unas con propiedades terapéuticas y otras sólo bajo atributos mágicos.
Además de las cortas monografías la obra recoge toda la tradición de cada una de las plantas.

PALMA AFRICANA Y ETNOCIDIO. Quito, Edita CEDIS-CONFENIAE, 1985.

La Confederación de Nacionalidades Indígenas de la Amazonía Ecuatoriana es una organización de nivel regional que agrupa a las poblaciones indígenas Shuar, Quichua, Cofán, Secoya, Siona y Huaroni.
Esta Confederación nace en 1980 como una respuesta a la necesidad de una coordinación en el trabajo con las organizaciones de base siendo sus objetivos principales: la lucha por la defensa de los territorios indígenas, de los valores culturales y la defensa del trabajo de la tierra en sus variadas formas de producción.
En la actualidad los pueblos indígenas del Ecuador atraviesan por momentos difíciles debido a que el Gobierno está impulsando el saqueo de los recursos naturales y la ocupación indiscriminada y violenta de las tierras amazónicas por empresas extranjeras para el cultivo de la palma aceitera desconociendo la existencia de estos pueblos que desde tiempos remotos mantienen como única y verdadera herencia histórica el lugar donde viven.
La presentación de la obra "Palma Africana y Etnocidio" tiene para la CONFENIAE dos objetivos principales:

- otorgar a las bases el fruto de un trabajo y una reflexión conjunta; y,
- Dar a conocer a nivel nacional e internacional la situación por la que atraviesan los pueblos indígenas de la Amazonía y solicitar el apoyo de todas las personas comprometidas en la causa del indio.

ACERO CORAL, Gloria y PIANALTO, M.A. *"Medicina indígena. Cacha-Chimborazo"*. Quito, Mundo Andino, 1985

La presente obra es un aporte a la medicina indígena en especial para el pueblo de Cacha donde los problemas de salud y saneamiento ambiental proliferan.
El trabajo investigativo de ambas autoras merece un justo reconocimiento no sólo porque nos descubren una etapa importante de la cultura puruhá, sino porque también contribuye a salvaguardar una riqueza centenaria y popular en el aspecto de la medicina.
Los campesinos de Cacha se sienten complacidos por la edición del libro "CACHA MANTA RUNAPAJ JAMBI" y el aporte que las autoras dan al incluir el conocimiento y funcionamiento de las diversas partes del cuerpo humano, preocupación por la medicina preventiva, vacunas, higiene y alimentación adecuada utilizando productos de la misma zona. El libro pretende ser un valioso manual no sólo para la gente del campo sino también para los médicos que prestan servicio en el medio rural.

VENENO PARA EL DESAYUNO. EL PELIGRO DE LOS PESTICIDAS EN LA AGRICULTURA. Quito, Eds. Abya-Yala y C.E.S.A.P., 1985.

El equipo de CESAP en su afán de hacernos descubrir el gran peligro que ocasiona el uso de pesticidas en la agricultura nos ofrecen el cuaderno "Veneno para el desayuno" donde se incluyen datos concretos sobre el tema.
Las grandes multinacionales de productos químicos pesticidas al no encontrar mercado en ciertos países de Europa y Norteamérica decidieron introducirlo en los países del Tercer Mundo.
Los agricultores desconocen los efectos nocivos que causa el uso indiscriminado de insecticidas con el fin de evitar las plagas o enfermedades que afectan a los cultivos. Así descubrimos que el suelo va muriendo por la falta de microorganismos y las enfermedades en el hombre van en aumento. Pero ¿Cuál es la política del Gobierno ante todo esto?. Tan solo presentan programas de vacunas como si con ellas se pudiera salvar la vida de todo aquel que ha sido víctima de los productos químicos.

BIBLIOTECA AMAZÓNICA

Centralismo y Salud en Iquitos

*

Problemática Actual de la Malaria

*

Perfil de los Promotores de Salud

Próximo número:

SITUACION ACTUAL DE LA MUJER EN LA AMAZONIA Y EN EL PERU

ej
läs

Huelga detallar el demandante reto que esto implica para la satisfacción de los servicios sociales básicos. Como ejemplos de tal precariedad tenemos un 55% de viviendas de material rústico o semi-rústico, un 55% también de población sin sistema de agua potable y un 45% sin ningún sistema de evacuación de excretas. El índice de hacinamiento general es de 6.14 habitantes/vivienda.

De modo que existen algunos factores que añaden peligro a la población que vive en estos barrios marginales. Sus tan características acequias abiertas que discurren al **frente** de todas las casas, donde los niños juegan y de donde recogen las pelotas que han caído, son un verdadero caldo de cultivo y fuente de diseminación de enfermedades a todo el barrio. Las constantes lluvias rebasan estos canales esparciendo los resistentes quistes por todo el suelo. Un efecto directo es la alta incidencia de enfermedades diarreicas agudas, a consecuencia de los cuales muere un número apreciable de niños por deshidratación. Igualmente de este factor resulta la parasitosis intestinal que interfiere con la absorción de alimentos, mantiene un estado de anemia crónica, produce molestias gastrointestinales y origina diarreas crónicas que cierran el ciclo DIARREA-DESNUTRICIÓN y eventualmente contribuyen a la muerte.

La **"concentración"** de habitantes en un barrio sin saneamiento **aumenta** pues los riesgos de enfermedades transmisibles. A lo anterior hay que añadir las infecciones de la piel, sobre todo si hay poca disponibilidad de agua. Finalmente, el hacinamiento, unido a una deficiencia en el estado nutricional, escasos recursos económicos y poca accesibilidad a servicios de salud hacen posible que exista una gran cantidad de infecciones agudas de las vías respiratorias, sobre todo las graves, como las bronconeumonías y neumonías. Las enfermedades mencionadas ocupan justamente los primeros lugares en la lista de causas de enfermedades y muertes en el Departamento. Está claro el gran avance que se experimentaría en Salud si esta población pudiera ser atendida con servicios básicos de agua, desagüe, recojo de basura y atención de salud. En lo único que han sido satisfechas es en la electrificación, elemento que rinde mayores frutos de tipo político que de elevación de calidad de vida. Urge, pues, un vasto programa dedicado a la instalación de agua potable, una red general de desagüe y alcantarillado y un sistema organizado de recolección de desechos.

En cuanto a la fecundidad también se tienen indicadores alarmantes. La Tasa Bruta de Natalidad o frecuencia con que ocurren los nacimientos nos revela que en Loreto por cada mil personas nacen aproximadamente 44 niños, mientras que el promedio nacional ya bajó a 37.7; en Lima-Callao se sitúan en 30. Igualmente, la Tasa Global de Fecundi-

dad (TGF), que mide el promedio de hijos que llega a tener una mujer al finalizar su período reproductivo (49 años), es de 6.4 hijos para Loreto, contrastando con el de 5.2 para el país y tan sólo de 3.5 para Lima-Callao. Lo grave de esta figura es que generalmente este tipo de comportamiento reproductivo se va modificando lentamente y por generaciones. Mientras tanto, en un ambiente peri-urbano de gran hacinamiento, subempleo o desempleo e inflación inclusive superior a la observada en Lima (en 1979 el Indice Promedio de Precios al Consumidor anual se incrementó 24.6 veces en Iquitos, mientras que en Lima tan sólo en 20.3 veces) una familia numerosa es otra fuente de tensión y riesgo elevado de morbimortalidad materno-infantil. Aquí también es requerido un Programa Integral de Salud Materno-Infantil que incluya información completa referida a la Educación Sexual y la Paternidad Responsable. Los jóvenes deben de conocer todos los elementos que conformarán su vida reproductiva, su rol como Padres formadores de una familia estable, y los medios que tienen a su alcance para evitar los altos riesgos de mortalidad materna y perinatal derivada de edades reproductivas extremas e intervalos intergenésicos excesivamente cortos. La promoción de la lactancia materna y el control del crecimiento y desarrollo de los niños deberá ser llevada a cabo también en este Programa,

Una ciudad como Iquitos presenta además problemas muy particulares relacionados con la salud, como son actualmente la delincuencia, drogadicción y accidentes de tránsito. Para ellos existe una Epidemiología distinta, lo mismo que mecanismos de acción diferentes a los clásicos, que podrán ser tratados en otros artículos.

De manera que en el Departamento de Loreto, además de un enfoque prioritario destinado a brindar los servicios de salud y disminuir los altos indicadores de insalubridad en nuestra vasta zona rural, debe de coexistir una visión realista, también orientada a resolver las nuevas situaciones de una zona creada por el "*Centralismo*" de la Selva: la zona peri-urbana.

Y si no se desea que esta "*marea*" migratoria continúe, el Estado debe ejercer efectivamente una política de descentralización. Mejores salarios al personal de "*periferie*", más accesibilidad al mercado regional a los productores, agilidad en el otorgamiento de créditos agrarios, instalación de sucursales de bancos e instituciones comerciales, mejoramiento de las condiciones de trabajo y a la vez mayor exigencia en el rendimiento para los Servicios Básicos de Salud, Educación y Saneamiento Ambiental, son algunas de las medidas a aplicar en este tan vasto, agreste pero maravilloso mundo verde.

REFERENCIAS

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA (INE), "Departamento de Loreto" (Publicación Gráfica), Demarcación Departamental al levantamiento de los Censos Nacionales: VIII de Población y III de Vivienda-Julio 1981, Iquitos, Diciembre 1984.

- CONSEJO NACIONAL DE POBLACION (CNP). Perú: Hechos y Cifras Demográficas. Lima, 1984

- Datos de la Dirección de Acondicionamiento Poblacional del Concejo Provincial de Maynas, 1984.

- MINISTERIO DE SALUD, XVI Región de Salud de Loreto "Primer Seminario Taller Nacional de Desarrollo de Servicios de Salud y Atención Primaria en las Grandes Ciudades" –Iquitos, Perú, 1982 (Datos de la Oficina de Estadística de CORDELOR).

- MINISTERIO DE SALUD, XVI Región de Salud de Loreto –"Plan Operativo de Salud 1985-86".– Oficina de Presupuesto y Planificación.



¡UN LIBRO INOLVIDABLE!



A PARTIR DEL 20 DE NOVIEMBRE EN TODOS LOS HOGARES

SITUACION EPIDEMIOLOGICA DE LA SALUD DE LA POBLACION DEL DEPARTAMENTO DE LORETO

Dr. Edward García Martínez (*)

LA Salud de un pueblo no se puede medir con cuadros estadísticos, gráficos o números, porque es un fenómeno biológico que no está sujeto a las normas de precisión de las matemáticas; pero cuando queremos expresar la magnitud de un problema sanitario o el desarrollo de salud que ha alcanzado un pueblo, tenemos que valernos de indicadores de este tipo, para poderlos comparar con los de otros países o expresar las mejoras, o el deterioro, dentro de alguna región del país.

El presente artículo tiene la intención de mostrar de alguna manera cuáles son las enfermedades prevalentes en la región y cómo han venido evolucionando en los últimos años.

Trataremos de mostrar, a través de algunos indicadores, el nivel de salud alcanzado en el departamento de Loreto y la situación que presentan los programas de control de algunas enfermedades transmisibles.

(*) El Dr **Edward García** es Director de Epidemiología de la Región de Salud de Loreto

La población del departamento de Loreto que aparece en el Cuadro No. 1 no ha sido la misma en años pasados, pues del territorio original le fue cercenada la provincia de Coronel Portillo, actualmente en el departamento de Ucayali. Es por eso que tanto la población como los datos estadísticos que presentamos en este artículo se refieren únicamente a las provincias que conforman el actual departamento de Loreto.

CUADRO No. 1
Población por Grupos de Edad
Departamento de Loreto 1985

Pob.: - 1	1 - 4	5	6 - 14	15 - 64	65 y +	TOTAL
21,817	82,642	17,026	141,782	286,664	13,811	563,742

Observando la composición de esta población, vemos que más del 46% es menor de 15 años y que por consiguiente está compuesta por personas económicamente dependientes. Si a ella le sumamos los mayores de 65 años, vemos que cerca del 50% de la población es dependiente, lo que significa una gran carga sobre la población económicamente activa de la cual, como sabemos, gran parte está sub-empleada o desocupada.

El grupo poblacional más afectado por las enfermedades en la amazonía es el de menores de 6 años, sobre el que la parasitosis, la desnutrición y toda la gama de enfermedades transmisibles causan estragos.

Podemos ver así cómo han venido evolucionando en los últimos años algunas de las enfermedades controlables por vacunas, como la poliomielitis (gráficos 1 - 4), sarampión, tos ferina y tétanos.

En estos gráficos se puede ver que con la excepción del sarampión y tos ferina, que aparentemente están disminuyendo en los últimos años, las demás enfermedades se mantienen estables o están en incremento.

Esto nos demuestra que nuestros niños loretanos siguen expuestos a morir por enfermedades que técnicamente hoy no presentan ninguna complejidad.

Un análisis somero de las 10 primeras causas de mortalidad y morbilidad en los últimos años, muestra que nuestra población se enfer-

ma y muere principalmente de enfermedades transmisibles, fáciles de tratarse, evitarse y controlarse (ver cuadros 2, 3 y 4).

Si analizamos también la tasa de mortalidad infantil del departamento, que es 126 por 1,000 nacidos vivos, vemos que es superior al promedio nacional (88), que suponemos debe ser mayor, teniendo en cuenta el alto grado de omisión en los registros de defunción de la población rural.

Esto significa que de 1,000 niños que nacen 126 mueren antes de cumplir un año de edad. Si analizamos las causas de muerte, vemos también que son enfermedades broncopulmonares y diarreas las que cobran el mayor número de vidas de nuestros niños.

Estas enfermedades son muy simples de curar; no necesitan médicos altamente especializados, ni medicinas caras ni tampoco grandes centros hospitalarios; lo que necesitan es solamente una atención oportuna, eficaz y de baja complejidad.

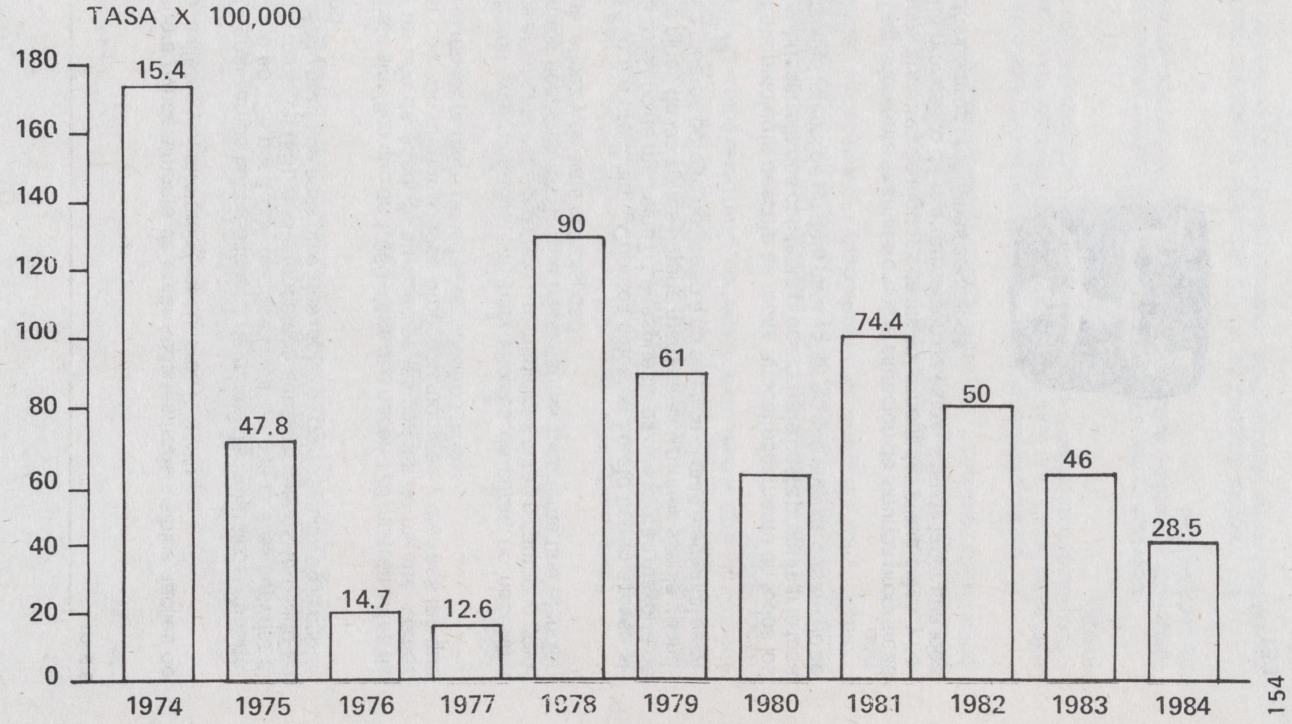
Pero me pregunto, ¿Cuántos niños en Loreto tienen acceso siquiera a este tipo de medicina?. La respuesta es que la gran mayoría de nuestros niños de las zonas urbano marginales y rurales simple y llanamente se mueren porque no tienen a su alcance el más elemental servicio de salud.

Esta patología descrita se repite apocalípticamente en todos los países subdesarrollados con tanta precisión que basta preguntar la tasa de mortalidad infantil de un país para saber en qué nivel de desarrollo se encuentra.

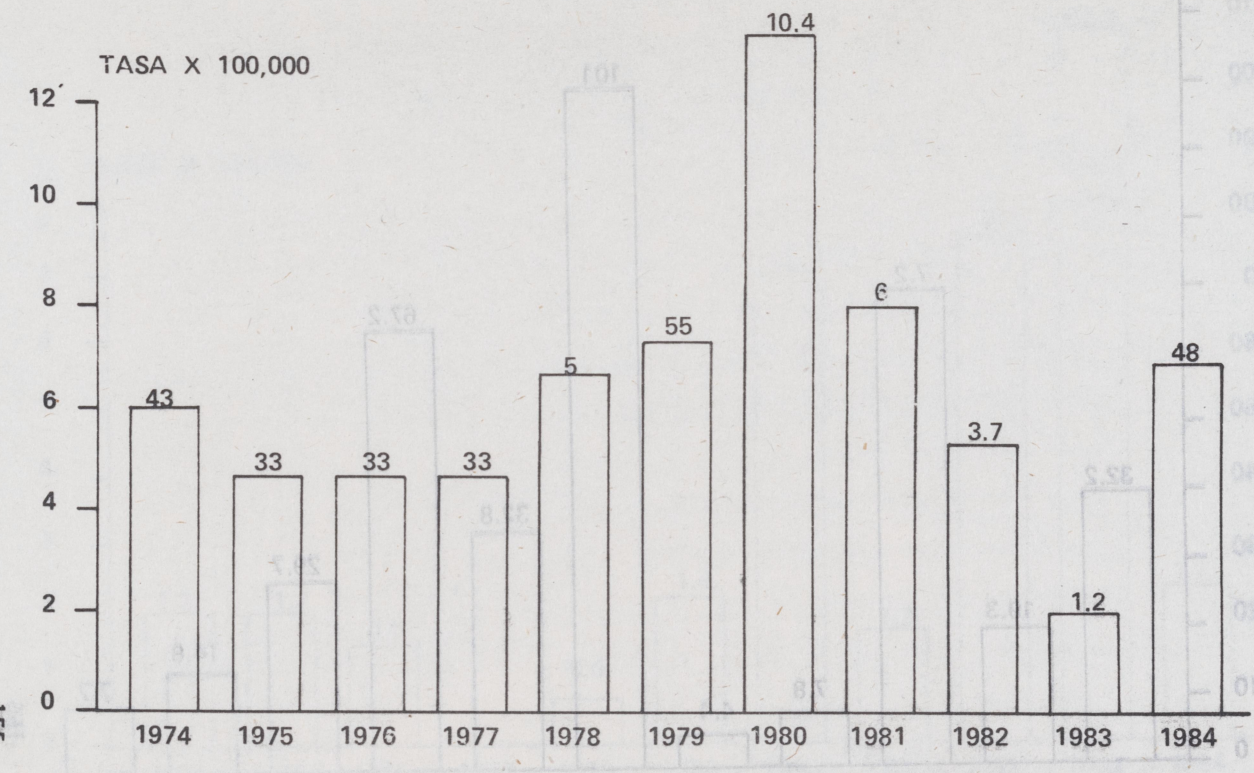
Seguidamente examinaremos la situación de algunos programas destinados al control de algunas de las enfermedades prevalentes, y haremos un pronóstico de la erradicación de éstas, a fin de tener una idea global de nuestros problemas sanitarios.

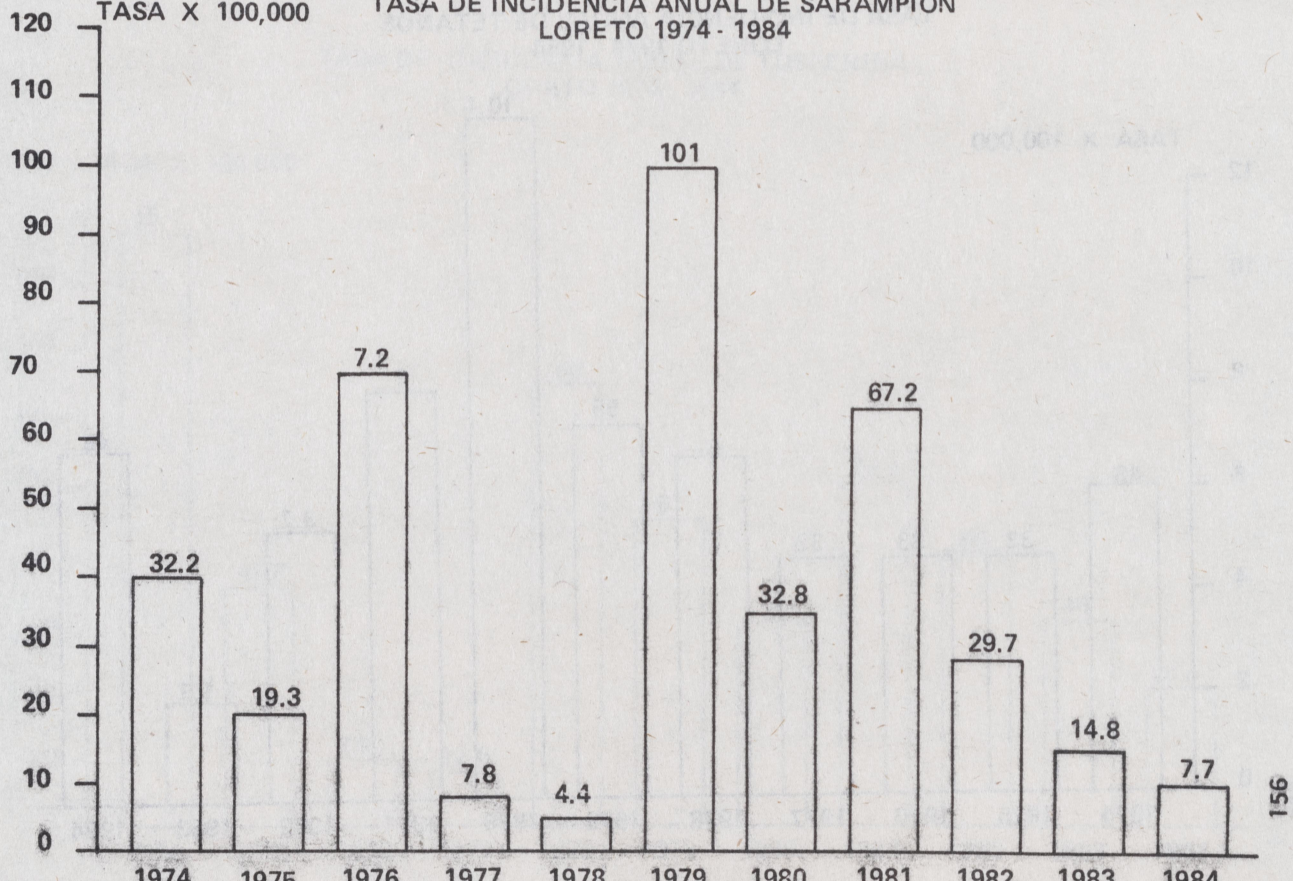


TASA DE INCIDENCIA ANUAL DE TOSFERINA
LORETO 1974 - 1984

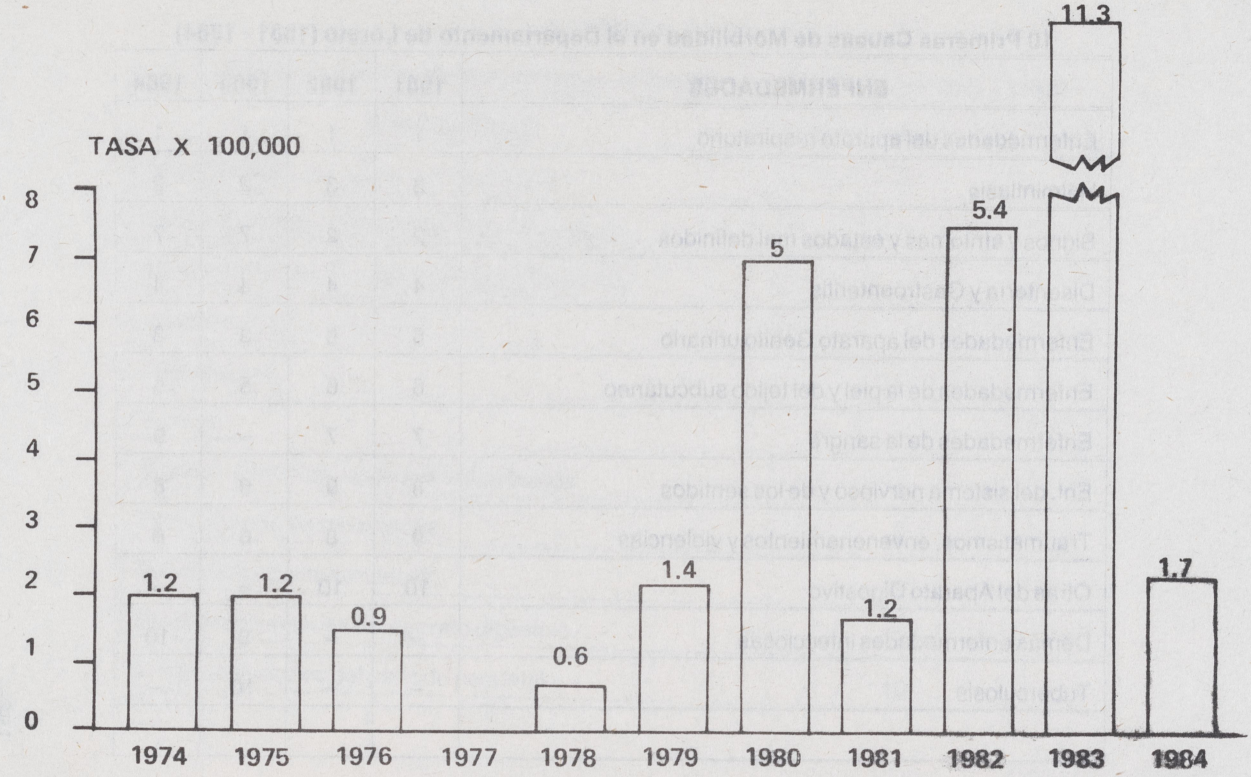


TASA DE INCIDENCIA ANUAL DE TETANOS
LORETO 1974 - 1984




TASA X 100,000
TASA DE INCIDENCIA ANUAL DE SARAMPION
LORETO 1974 - 1984
120
110
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
32.2
19.3
7.2
7.8
4.4
101
32.8
67.2
29.7
14.8
7.7
1974
1975
1976
1977
1978
1979
1980
1981
1982
1983
1984

TASA DE INCIDENCIA ANUAL DE POLIOMELITIS
LORETO 1974 - 1984



CUADRO No. 2

10 Primeras Causas de Morbilidad en el Departamento de Loreto (1981 - 1984)

ENFERMEDADES	1981	1982	1983	1984
Enfermedades del aparato respiratorio	1	1	1	1
Helmintiasis	3	3	2	2
Signos y síntomas y estados mal definidos	2	2	7	7
Disentería y Gastroenteritis	4	4	4	4
Enfermedades del aparato Génito urinario	5	5	3	3
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	6	6	5	5
Enfermedades de la sangre	7	7	–	9
Enf. del sistema nervioso y de los sentidos	8	9	9	8
Traumatismos, envenenamientos y violencias	9	8	6	6
Otras del Aparato Digestivo	10	10	–	–
Demás enfermedades infecciosas	–	–	9	10
Tuberculosis	–	–	10	–

CUADRO No. 3

10 Primeras Causas de Mortalidad en el Departamento de Loreto (1981 - 1984)

ENFERMEDAD	1981	1982	1983	1984
Enfermedades del Aparato Respiratorio	1	1	1	1
Demás Enfermedades del Aparato Circulatorio	2	2	2	3
Traumatismos y Envenenamientos, Violencias	3	5	3	5
Disentería y Gastroenteritis	4	–	5	2
Tuberculosis	5	6	–	7
Tumores	8	4	6	4
Signos y síntomas y estados mal definidos	6	–	8	6
Todas las demás infecciones	7	8	–	–
Deficiencias por mal nutrición	–	7	10	8
Otras enfermedades del aparato digestivo	–	9	9	9
Ciertas afecciones del período perinatal	–	10	–	10

CUADRO No. 4

10 Primeras Causas de Morbilidad por Enf. Transmisibles en Loreto (1981 - 1984)

ENFERMEDADES	1981	1982	1983	1984
Otras Helmintiasis	1	1	1	1
Gastroenteritis, Enteritis, Infecciones parasitarias	2	2	2	2
Infecciones respiratorias agudas	5	3	3	3
Gripe	3	4	7	5
Resfrío Común	–	5	6.	4
T.B.C. Respiratoria	4	6	5	6
Tos ferina	6	7	8	9
Infecciones Gonocócicas	8	8	9	7
Hepatitis Viral	9	9	–	10
Sarampión	7	10	–	–
Tifoidea y Paratifoidea	10	–	–	–
Conjuntivitis Epidémica	–	–	4	–
Varicela	–	–	10	8

PROGRAMAS DE CONTROL

La Región de Salud de Loreto ha venido ejecutando diversos Programas de Control de Enfermedades Transmisibles, en cumplimiento de los lineamientos de política de Nivel Central, que determinaban las prioridades según el impacto que pudieran tener sobre la comunidad global o sobre determinado grupo poblacional.

Dentro de éstos, uno de los más importantes es el Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI, que junto con el Programa de Control de la Tuberculosis representan los de mayor impacto en la comunidad. Los Programas Control de Malaria, Control de Hansen, Rabia, etc. ocupan una segunda prioridad.

Programa Ampliado de Inmunizaciones

Este Programa, que viene ejecutándose desde la década del 70, con cambios de nombre y algunos otros pequeños relativos a la metodología, está destinado al control de 6 enfermedades prevalentes en la infancia. La vacuna BCG en el recién nacido tiene por objeto prevenir las formas graves de TBC que se dan en la primera infancia.

A partir del tercer mes el niño comienza a recibir la vacuna antipoliomielítica destinada a evitar la parálisis, secuela grave de la poliomielitis. Simultáneamente a la anterior recibe la vacuna DPT, comúnmente llamada Triple, dirigida a impedir que el niño pueda enfermarse de Tos Ferina, Difteria o Tétanos.

Finalmente, antes de cumplir su primer año de vida, el niño debe recibir la vacuna contra el sarampión que le evitará sufrir esta tan conocida y frecuente enfermedad, de alta incidencia en los niños malnutridos. Según este programa todo niño peruano al apagar su primera velita debería estar completamente protegido contra estas 6 enfermedades.

Además de éstas en este Programa se aplica una vacuna más, que indirectamente protege al recién nacido a través de la placenta materna: es la antitétanica a la madre gestante que transfiere al niño los anticuerpos necesarios para protegerlo del mortal tétanos umbilical que ataca al recién nacido.

Para lograr los objetivos diseñados en este Programa debe lograrse una cobertura de protección del 80% esto quiere decir que 80 de cada 100 niños menores de 1 año deberán ser vacunados para evitar que se presenten brotes o epidemias de algunas de las enfermedades que se pretende combatir.

¿Estamos alcanzando estas coberturas útiles? La respuesta es no. Si observamos las coberturas de los últimos 10 años vemos que en la ciudad de Iquitos fluctúan en alrededor de 50-60% y a nivel del departamento en alrededor del 30%

Esfuerzos hechos en los tres últimos años han logrado mejorar la cobertura en la ciudad en un nivel cercano al 70% en promedio, pero en el área rural ésta no alcanza ni siquiera el 20%.

Esto significa que dentro del área urbana existen pocas posibilidades de epidemias masivas de estas enfermedades infantiles, mas no se evita la aparición de casos aislados. No podemos decir lo mismo del área rural donde nuestros niños siguen muriendo a causa de enfermedades prevenibles por vacunas. ¿Cuáles son las causas que impiden el cumplimiento de las metas? Las principales son eminentemente administrativas y financieras.

Podemos identificar algunas de ellas, entre las que tenemos la distribución inadecuada del presupuesto: existe una carga preponderante de los partos asistenciales (hospitalarios), en desmedro de las actividades preventivo promocionales.

Una segunda causa es el centralismo de las grandes ciudades, pues el poder de decisión se concentra en la capital de la república y las pocas decisiones delegadas se asignan a la capital del departamento, dejando a las provincias y distritos en una situación de franca desventaja.

Otra de las causas administrativas es la escasez del personal técnico calificado, pues éste se concentra en las grandes urbes y difícilmente se aviene a desplazarse a las áreas rurales, que es donde más se lo necesita. La principal dificultad para captar dicho personal se debe a la inadecuada política del Gobierno.

Sin embargo, a pesar de estas limitaciones, los técnicos que tienen la responsabilidad de la conducción de estos programas han ido ensayando diversas estrategias a fin de maximizar la utilización de los escasos recursos y es así como se han ensayado campañas de vacunación (la vacunación casa por casa, las mini-concentraciones, etc.) sin que ninguna aún haya dado un resultado óptimo, porque está faltando la puesta en marcha de uno de los factores más importantes para el éxito de cualquier programa sanitario: la participación de la comunidad.

La comunidad en el aspecto sanitario asume una posición pasiva en la creencia de que el Estado tiene la obligación de proporcionarle la

satisfacción de sus necesidades, pero en ningún momento ha tomado un rol participativo, tal vez porque se ha dejado arrastrar por el paternalismo reinante en décadas pasadas o porque el Estado no ha logrado establecer los mecanismos necesarios para la participación activa de la comunidad en los problemas de salud.

Considero que la participación de la comunidad en la decisión, ejecución y evaluación de los programas sanitarios es sumamente importante. No se puede concebir ningún programa destinado a la comunidad sin participación de ella, que es quien debe decirnos cómo, cuándo y dónde se debe actuar.

Para esto debe conocerse la organización de la comunidad, a fin de canalizar a través de ella los mecanismos que le permitan asumir su responsabilidad juntamente con el sistema formal o institución de salud.

Seguidamente debe buscarse los mecanismos necesarios de capacitación y concientización, a fin de lograr la toma de conciencia del rol que debe asumir cada ciudadano en pos del objetivo colectivo.

Las perspectivas para los próximos años se muestran sombrías salvo que se cambie sustancialmente la magnitud, composición y distribución de los recursos comunales y estatales destinados a este programa y a los otros que analizaremos.

Programa de Control de la Tuberculosis

Considerado a Nivel Nacional como prioritario, este Programa ha sido implementado en todo el país, tanto desde el punto de vista normativo como financiero, como un Programa Vertical en centros de ejecución a nivel de Areas Hospitalarias.

Los conocimientos técnicos adquiridos y las mutaciones genéticas que ha venido desarrollando el bacilo causante de la Tuberculosis para resistir a determinadas drogas, ha hecho que los esquemas terapéuticos de esta enfermedad se hayan venido modificando en los últimos años, sin haberse logrado aún, sin embargo, los objetivos esperados.

A pesar de que contamos con los conocimientos epidemiológicos necesarios sobre la enfermedad, con un arsenal lo suficientemente amplio y con una tecnología de diagnóstico bastante simple, la Tuberculosis ha seguido en nuestro departamento, en los últimos años, una tendencia ascendente, que difícilmente podrá controlarse a corto plazo.

Las tasas de incidencia registrada en 1984 (6 x 100,000 habts.) es superior a la de años pasados, a pesar de que nuestro porcentaje de emisión en los registros sobrepasa el 60%.

El Programa consiste en la detección y tratamiento de casos, siendo este último completamente gratuito. Sin embargo el programa viene funcioando solamente en las ciudades de Iquitos y Yurimaguas, y en ambos casos limitándose a atender las demandas espontáneas.

Si empezáramos nosotros a buscar activamente dentro de la comunidad a los pacientes tuberculosos, multiplicaríamos por lo menos en 10 veces las estadísticas actuales.

Hemos visto en los cuadros presentados anteriormente que la Tuberculosis ocupa un lugar preponderante dentro de las primeras 10 causas de morbi-mortalidad, pero esta posición subiría mucho más si realmente buscáramos todos los enfermos que deambulan sin diagnóstico ni tratamiento en nuestras comunidades.

La cobertura del Programa está reducido a una pequeña parte de la población urbana, pero la mayoría de la población urbano-marginal y rural de nuestro departamento se encuentra totalmente marginada y sin los recursos necesarios para buscar remedio al mal apelando a la medicina privada.

¿Por qué no llegamos a toda la población que necesita de este programa? Simple y llanamente por falta de recursos económicos que impiden la adquisición de drogas suficientes para satisfacer todas las necesidades.

Los elevados costos de las medicinas y los escasos recursos asignados a salud se confabulan para impedir que los afectados por esta enfermedad social tengan por lo menos el alivio terapéutico que la tecnología médica actual podría poner a su alcance.

¿Cuál es el pronóstico de esta enfermedad? Sombrío, si continuamos con las mismas reglas de juego del momento.

La tuberculosis es una enfermedad de los pueblos pobres, de gentes desnutridas y del trabajador mal pagado. Mientras no se cambie la estructura económica de la Nación poco o nada podemos hacer para bajar las elevadas tasas de morbilidad debidas a la tuberculosis.

Tanto el esquema clásico del tratamiento con dos drogas, como el tratamiento moderno que combina tres o más de ellas, serán poco

efectivos si no existe un sustento de base socio-económica que modifique los factores condicionantes de la enfermedad.

Deberá mejorar la nutrición del niño, la vivienda, la educación higiénica-dietética y el acceso a los servicios sanitarios básicos para lograr un impacto favorable en las tasas actuales. En esta forma paulatinamente se irá necesitando menos medicamentos y menos médicos para el tratamiento de esta enfermedad.

Programa de Control de la Malaria

La Malaria es una enfermedad endémica de la Región desde tiempos ancestrales y un problema de Salud Pública prioritario por su elevada morbilidad y consecuencias socio-económica en el País.

Por dicho motivo el Gobierno y las Organizaciones Internacionales UNICEF/OMS, en un esfuerzo conjunto en América Latina, iniciaron en la década del 50 el Programa de Erradicación de la Malaria (PEM). El PEM en la Región, sin embargo, empezó a funcionar en 1959, dos años después de que se iniciara a nivel nacional.

Las actividades del PEM produjeron una significativa reducción de las tasas de morbi-mortalidad, aunque no en el nivel alcanzado en el ámbito nacional hasta 1979. A partir de 1973 se retiró el apoyo financiero y suministro de equipos y materiales de UNICEF y progresivamente se integró las actividades del PEM a los programas generales de salud, proceso que culminó en 1977, convirtiéndose, en 1983, en una actividad más del Programa de Control de Enfermedades Trasmisibles.

A fines de 1956 se inician las actividades de ataque al vector. La tasa de incidencia en 1960 era de 788 x 100 mil habitantes. El índice de positividad representaba el 3.3% y el de exploración el 23.8%.

Las actividades del PEM consiguieron reducir, tres años después de su inicio, la incidencia a 117 por 100,000 habitantes; es decir, al 85% de la incidencia inicial. El índice de exploración era de 15.65% y el de positividad de 0.74%.

El impacto positivo del PEM permitió suspender esa actividad en algunos ríos de la provincia de Maynas (Ytaya, Nanay, Alto Amazonas, Napo, Tapiche y cauce principal del río Ucayali, desde Puerto Prado hasta Orellana). Coincidiendo con la suspensión del rociado en esas áreas, se presentó nuevamente un ligero incremento en la incidencia hasta 1968.

En 1969 empezó la actividad de exploración petrolera en la región, lo cual produjo la migración de trabajadores no nativos de la zona a áreas de mayor riesgo para contraer la enfermedad. En 1970 la tasa de incidencia se elevó hasta niveles de 658 x 100,000 habitantes, con índices de exploración de 12% y de positividad de 5.16%.

En 1969 el aporte financiero de la UNICEF, que representaba el 29% al iniciarse el PEM en 1956, se redujo a sólo 4% manteniéndose así hasta 1973 en que se suspendió totalmente. Sin embargo, se mantuvo hasta 1973 un índice de exploración adecuada en promedio de 17.16%, superior al recomendado por OPS de no menor de 10%; se estableció medicación masiva con cloroquina, primaquina y pirimetamina en la cuenca del río Marañón y tributarios, lo que explica que la incidencia se mantuviera estacionaria, con excepción del pico en 1970 por la migración petrolera a zona de alta trasmisión.

Desde 1973 se disminuyó el rociado intradomiciliario, incluso en el río Putumayo, y la vigilancia epidemiológica. El Indice de Exploración Anual es de apenas 3.4%. A pesar de que el índice de positividad desde ese año hasta hoy es de 15.62%, el cual sugeriría un gran incremento de la incidencia, éste no es válido porque debe estar relacionado con un buen índice de exploración que debería ser mayor del 10%, y que no fue alcanzado.

Desde 1973 se incrementa notablemente la incidencia de malaria. La tasa llega a 922 x 100,000 habitantes en 1977, año en que el PEM, ya deteriorado, se integra a los programas generales de salud de la Región.

La disminución aparente de la tasa de incidencia a partir de 1977 no es real, debido a la sub-información, que alcanza a 86.3% de localidades sin información en 1973.

La cobertura de rociado de 100% entre 1960-1968 disminuyó al 50% aproximadamente entre 1969-1973 y desde 1973 la cobertura ha disminuido notablemente, hasta programarse en 1978-1980 sólo en base a los recursos disponibles. Desde 1981 se programa para la mayoría de las áreas y sin embargo sólo se ejecuta en los últimos años un 20% en promedio.

Programa de Control de Hansen

Desde épocas bíblicas la enfermedad de Hanseniasis, lepra o mal de Lázaro, fue estigmatizada y considerada como un castigo de Dios sobre los pueblos. Loreto no escapa a estas creencias y no están muy le-

janos los recuerdos cuando frente al puerto de Iquitos se amarraba una balsa y se depositaba allí a todos los *"Leprosos"* hasta que la balsa estuviera llena, se les tiraba un poco de comida y se soltaba la balsa para que el río la arrastrase hasta el leprosorio de San Pablo donde quedaban recluidos hasta los últimos días de su vida.

Felizmente las creencias y conceptos han ido cambiando; los leprosorios han ido desapareciendo y hoy le tenemos a esta enfermedad un poco menos de miedo y un poco más de tolerancia.

Sabemos actualmente, a la luz de los nuevos conocimientos, que la Hanseniasis es la menos contagiosa de las enfermedades transmisibles y que se requiere de un organismo con determinados desórdenes endocrinos y metabólicos para que pueda instalarse el agente causal de la enfermedad: Micobacterium leprae.

A pesar de esto la gente aún tiene recelo contra estos enfermos y por consiguiente los margina en sus comunidades, en los establecimientos educativos, en su trabajo e incluso en su hogar.

El Ministerio de Salud, acorde con los últimos conocimientos, ha suprimido felizmente el famoso leprosorio de San Pablo y hoy esa comunidad es un pujante pueblo de la Amazonía Peruana.

El arsenal terapéutico con que contábamos hasta hace pocos años para el tratamiento de esta enfermedad se reducía a una sola droga, la sulfona, que el paciente estaba condenado a tomar durante toda su vida. Como fruto de la investigación han surgido nuevas drogas antihansenianas y hoy estamos ofreciendo a los pacientes la esperanza de un tratamiento radical en 6 meses o en 2 años a más tardar, según el tipo de hanseniasis que presente.

El Programa de Control de Hanseniasis tuvo mucho auge en la década del 50 para ir decayendo lentamente en la del 60 y llegar finalmente a ser poco o nada a partir de 1975. Es recién durante el pasado año y el actual que se ha vuelto a dar énfasis a la detección y tratamiento de casos, dentro de los programas generales de salud, tratando de atender al paciente hanseniano dentro del grupo de otras enfermedades de la piel en vista de que ya no existe motivo para segregarlos.

Queremos hacer una mención especial en este artículo, como homenaje póstumo, a un hombre que dedicó toda su vida al tratamiento de los hansenianos y que sin ser médico, actuó tal vez mejor que si lo hubiera sido. Se trata del Dr. Emilio Alfaro Rosell, cuyo recuerdo aún se mantiene latente entre nosotros.

NOVEDAD

Hans Van Den Berg o.s.a.

DICCIONARIO RELIGIOSO AYMARA

Editan:
CETA - **IDEA**
Iquitos - 1985

Distribuye:
Librería "El Buen Consejo"
Putumayo 267
☎ (094) 23-3812

PROBLEMATICA DE LA SALUD ORAL EN LA AMAZONIA: ALTERNATIVA DE SOLUCION

Dr. Juan J. Ramírez García (*)

LAS encuestas epidemiológicas de caries dental, realizadas en los distintos grupos de la población tanto urbana como rural, muestran una realidad similar: altos índices de morbilidad y mortalidad dentaria, los mismos que indican un volumen enorme de necesidades acumuladas de tratamiento en la población.

La razón principal para que este volumen de tratamiento sea sumamente grande es, por una parte, debido a que la mayoría de la población está totalmente marginada de los servicios de atención, llámese consulta privada, consultorios del Ministerio de Salud, Seguridad Social, Institutos Armados, etc. Esa marginación se debe principalmente a que la población no cuenta con los recursos económicos suficientes para poder pagar los gastos que demanden su atención, a la falta de Educación Sanitaria referida a la Salud Oral y a los escasos recursos con que cuentan los Servicios de Salud del Ministerio, que es el único abierto a satisfacer la demanda de la población.

(*) El Dr. **Juan Ramírez** es cirujano dentista. Master en Salud Pública.

Si bien es cierto que existen en el país otros servicios dentales, como los de la Seguridad Social e Institutos Armados, éstos sólo atienden a sus afiliados y familiares; es decir hacen una atención de tipo elitista y no se proyectan al resto de la población marginada, quedando el grueso de ella sin atención.

En cuanto a la consulta privada, para la mayoría de la población no está a su alcance, debido a su bajo ingreso económico que apenas le alcanza para satisfacer sus necesidades más apremiantes. Su tratamiento en los consultorios particulares constituye un lujo inalcanzable. Esto en cuanto se refiere al medio urbano.

En el medio rural el problema es aún más grave, no por lo alejado y disperso de nuestras comunidades, sino porque no se cuenta con servicios adecuados y eficientes que lleguen a ellas. Si bien es cierto que el Servicio Cívico Fluvial, mediante su sistema de Centro de Salud Itinerante, llega esporádicamente a esas comunidades para brindar atención médica dental, esto no es eficiente ni eficaz porque, por una parte, sólo realiza actividades unilaterales: extracciones solamente, es decir una atención de tipo mutilatorio. Sin embargo, leemos en los periódicos de circulación nacional en grandes titulares, publicaciones tales como: *"El Servicio Cívico hizo tantas extracciones dentales"*, como si la bondad de un programa de Salud Pública Oral se midiera en base al mayor número de mutilaciones. Por otra, sus itinerarios demasiado reducidos no les permiten brindar una atención eficiente.

En este momento el Ministerio de Salud tiene en ejecución, desde 1968, un programa de atención al Pre-Escolar y al Escolar, mediante un sistema descentralizado. Es decir se instala el consultorio en el Local Escolar programado y permanece allí hasta terminar con todas las necesidades de tratamiento de ese grupo de estudiantes.

Este programa atiende al año un promedio de 5,000 niños con tratamiento completo (examen, extracción, obturación y profilaxis), el mismo que tiene un gran significado sanitario, pues la carie dental es más agresiva en ellos.

Frente a ésta realidad nuestra preocupación es plantear, qué podemos hacer. Estamos conscientes que la ciencia Odontológica cuenta con técnicas de tratamiento y prevención que, debidamente orientadas y ejecutadas, podrían mejorar y aumentar la cobertura de atención a la población urbana marginal y rural. Vamos a comentar brevemente algunos de ellos:

– La fluoración de las aguas de abastecimiento público en las localida-