INTERCULTURALIDAD EN LA ATENCION DE LA SALUD
Estudio socioantropológico de enfermedades que cursan con síndrome icteric hemorrágico en Ayacucho y Cusco
INTERCULTURALIDAD EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD

Estudio Socioantropológico de Enfermedades que cursan con Síndrome Icterohemorrágico en Ayacucho y Cusco
Ministerio de Salud
Oficina General de Epidemiología .OGE
Camilo Carrillo 402
Lima 11 - Perú

El presente estudio ha sido elaborado por la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Salud Pública y Administración, con la asistencia técnica y financiera de la Oficina General de Epidemiología y el Proyecto Vigía.

**Equipo de Investigación**
Soc. Juan Arroyo Laguna, investigador responsable
Ant. Carlos Saavedra Chávez
Dr. Marcos Cueto Caballero
Dr. Pablo Murillo Peña
Ant. Eduardo Vidal Soto
Dr. Juan Seclén Palacín
Ant. Alvaro Puga Capelli
Soc. Enma Rubin de Célis

**Dirección Técnica**
Oficina General de Epidemiología
Dr. Percy Minaya León
Dra. Ana María Morales
Proyecto Vigía
Víctor Zamora Mesía
Lic. Flormarina Guardia A.
Dr. Jaime Chang Neyra.

**Portada:** Paisaje, 1954, Sérvulo Gutiérrez

**IBSN:** 9972-820-21-1
Depósito legal: 1501052001-1712

Esta publicación fue realizada con el apoyo financiero del proyecto VIGIA “Enfrentando a las amenazas de las enfermedades emergentes y reemergentes” (Convenio de cooperación Ministerio de Salud y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID)
AGRADECIMIENTOS

El Director General de la Oficina General de Epidemiología, Dr. Percy Minaya León deja expresa constancia de su agradecimiento a todos los que contribuyeron con la realización de este estudio y en particular al Dr. Víctor Zamora Mesia, Lic. Flormarina Guardia Aguirre y Dra. Luz Esther Vásquez, miembros del equipo nacional del Proyecto Vigía, a la Dra. Ana María Morales, Directora Ejecutiva de Capacitación, Investigación y Desarrollo de Sistemas de la OGE y al Dr. Jaime Chang Neyra, de USAID, por sus aportes técnicos, desde el diseño inicial, hasta su publicación.

Al equipo de investigación de la Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Soc. Juan Arroyo Laguna, investigador responsable, Ant. Carlos Saavedra Chávez, Dr. Marcos Cueto Caballero, Dr. Pablo Murillo Peña, Ant. Eduardo Vidal Soto, Dr. Juan Seclén Palacín, Ant. Álvaro Puga Capelli y Soc. Enma Rubin de Celis, por su dedicación y competencia técnica.

Al Dr. Edgardo Nepo, director de Epidemiología de la Dirección Regional de Salud de Ayacucho, Dr. Hugo Iparraguirre, director de la UTES de San Francisco; Dr. Pablo Grajeda, director adjunto de la Dirección Regional de salud del Cusco; a la Dra. Marina Ochoa, directora de Epidemiología del Cusco; Dr. Jorge Canales, director de la UBASS de La Convención, y al Dr. Raul Usto, encargado de la Oficina de Epidemiología de Quillabamba, por sus valiosos aportes al estudio.

Igualmente nuestro reconocimiento a los jefes de establecimientos y personal de salud de las redes de servicios de San Francisco y Kimbiri, del valle del río Apurímac, y de Echarate, Quellouno y Maranura, de la Convención. A los líderes comunales y comuneros de Buena Vista, Mayapo, Nueva Quillabamba y Sanpantuari, del valle del río Apurímac, y a los de las comunidades de Kiteni, Monte Carmelo, Cirialo, Quellouno y Santa María del Cusco, por su apoyo para el desarrollo del estudio.

Nuestro agradecimiento también a los alumnos del Programa de Especialización en Epidemiología de Campo que acompañaron el trabajo de campo. En Ayacucho, a José Herencia, Indira Tenorio, Zenaída Uscata, Edgar Najarro, y Justo Zevallo. En la Convención, a Fernando Pérez Fasabi, Ciro Olábarre Farfán y Godofredo Velasco. Todos ellos contaban con una valiosa experiencia, capacidad y alta motivación para colaborar con el presente estudio.
CONTENIDO

Presentación
Introducción
Capítulo 1. Multiculturalidad en la reforma de la atención de la salud
  1.1. La reforma en salud y la cultura
  1.2. Etnicidad y cambio social en la Amazonía
  1.3. Occidentalización y culturas fijas
  1.4. Abordajes teórico-metodológicos sobre cultura y salud
  1.5. Categorías para un abordaje sociocultural
Capítulo 2. Sociedad, salud y enfermedad en los valles del río Apurímac y La Convención
  2.1. Sociedad, salud y enfermedad en el valle del río Apurímac
  2.2. Perfil epidemiológico de las enfermedades tropicales en el valle del río Apurímac
  2.3. Sociedad, salud y enfermedad en La Convención
  2.4. Perfil epidemiológico de las enfermedades tropicales en La Convención
Capítulo 3. La cultura sanitaria de los colonos del valle del río Apurímac y La Convención asociada al SIFHA
  3.1. Nosología popular en salud de los colonos de San Francisco y La Convención
  3.2. Itinerario terapéutico: prácticas de salud de los colonos del valles del río Apurímac y La Convención
Capítulo 4. La cultura sanitaria de los nativos del valle del río Apurímac y La Convención con relación al SIFHA
Capítulo 5. Los "otros" y "nosotros": percepciones mutuas de pobladores y proveedores de servicios
  5.1. Percepciones de la población con respecto a los servicios y el personal de salud
  5.2. Perfil del personal de salud de San Francisco y La Convención: actitudes de los trabajadores hacia los pobladores
Capítulo 6. Las opiniones de vigilados y vigilantes sobre la vigilancia sindrómica
Capítulo 7. Espacios y medios de comunicación en San Francisco y La Convención
Conclusiones y recomendaciones
Bibliografía
En la problemática sanitaria actual, la vigilancia de la salud pública constituye un nuevo modelo que, aunque complejo, mantiene el propósito de identificar y tratar de manera oportuna a los daños que afectan a los individuos y las colectividades. Aun hoy existen problemas para identificar de manera temprana algunas enfermedades, debido a que cursan con signos y síntomas similares pero que tienen etiología diversa y que además pueden ser interpretadas de diferentes formas según los códigos culturales de las poblaciones afectadas, los agentes de salud y el personal de salud. Ejemplos de esta situación en la que es esencial la vigilancia sanitaria, son la malaria, la hepatitis B y la leptospirosis, que cursan con síndrome icterico-hemorrágico y febril agudo.

La Organización Mundial de la Salud, propuso en 1966 el sistema de vigilancia sindrómica (identificación de las enfermedades por agrupaciones signos y síntomas) con el propósito de resolver el problema ya planteado. Esta propuesta está orientada a superar el enfoque según enfermedades o desde programas por tipos de patologías. Desde esta perspectiva de cambios en las concepciones y prácticas de la salud pública, entre 1998-2000 la Oficina General de Epidemiologia (OGE) del Ministerio de Salud puso en marcha una experiencia piloto de vigilancia sindrómica, específicamente de aquellas enfermedades que cursan con el síndrome icterico hemorrágico y febril agudo. Experiencia que se ha desarrollado en cuatro zonas de la ceja de selva, en los valles del río Apurímac, Quillabamba, Chanchamayo y Alto Huallaga.

Esta experiencia nos ha permitido recoger algunas lecciones tanto en el campo bio-médico como en el de la salud pública y de las ciencias sociales, ha puesto en evidencia el tema de la interculturalidad en salud, lo que es expresión de un país de población heterogénea, en sus tradiciones, sistemas productivos, condiciones de vida cotidiana y sus representaciones tanto sociales como culturales. La divers-
Interculturalidad en la atención de la salud

sidad no es sólo reconocer la existencia de diferencias sino el apreciar que el lazo social une lo diverso que es igual y distinto.

Este libro "Interculturalidad en la atención de la salud - Estudio socio antropológico de las enfermedades que cursan con síndrome ictero hemorrágico en Ayacucho y Cusco", presenta la recolección sistemática de información que nos permite entender mejor la compleja relación entre la población, los agentes comunitarios y los servicios de salud.

La investigación realizada en el ámbito de esta experiencia piloto, permite apreciar que se han dado avances importantes en la implementación del nuevo modelo de vigilancia, en particular en los aspectos de la operación del sistema por el personal de salud. Sin embargo se evidenció que existen importantes dificultades en la política de salud para la integración de las percepciones sanitarias de la población con relación a estos síndromes.

El estudio plantea la necesidad de revalorar esta dimensión de relación intercultural que es esencial en el proceso de salud - enfermedad, para hacer viable una mejora sustancial en la cobertura y calidad de la atención de la salud. Ello influirá en las relaciones entre los sujetos que portan, sufren, padecen y se curan de las enfermedades, y los agentes que interactuan con ellos para su adecuada atención y tratamiento.

Para una vigilancia sanitaria adecuada el estudio demuestra que es necesario explicitar la dimensión cultural de la atención de salud en la vigilancia sanitaria. En la etapa inicial de manifestación del daño, cuando la aparición de signos y síntomas no hace aún inevitable el tratamiento y uso de los servicios, la comprensión de lo cultural es determinante. Entre los sujetos que interactuan, usuarios y agentes de salud, existen lenguajes culturales distintos, para calificar lo que puede ser un daño y para responder a su tratamiento desde sus fases iniciales.

El Ministerio de Salud del Perú se propone con este estudio ampliar las dimensiones con las que se viene realizando las labores de vigilancia epidemiológica en el territorio nacional. Estamos seguros, que la incorporación de la dimensión cultural, en donde es más explícita la diversidad de códigos, el adecuado tratamiento de la interculturalidad en el modelo de atención de la salud, permitirá cumplir los objetivos que nos proponemos para que la salud pública logre mejorar la calidad de vida de los ciudadanos del país.

Dr. Percy Minaya León
Director General de la Oficina General de Epidemiología
Dr. Víctor Zamora Mesía
Director Nacional del Proyecto Vigia

Lima, Abril del 2001
Introducción

Este libro reseña el estudio socioantropológico desarrollado con el propósito de identificar la cultura sanitaria de los diversos actores sociales de los valles del río Apurímac y La Convención con relación a las enfermedades con síndromes febril hemorrágico agudo y febril ictérico agudo.

Los términos de referencia del estudio contemplaron se identificaran y explicaran las concepciones locales acerca de los síntomas y signos de las enfermedades citadas, se describieran las prácticas que lleva a cabo la comunidad con respecto a ellos y se exploraran sus actitudes hacia los tratamientos existentes y las prácticas preventivas del Ministerio de Salud. Desde el lado de los prestadores de servicios de salud se contempló igualmente la exploración de sus conocimientos técnicos sobre dichas enfermedades así como sus actitudes hacia estas enfermedades y los enfermos.

Desde el inicio, se asumió el estudio como un intento por entender e interpretar la atención de la salud en términos de los significados que la gente les otorga. Ello supuso abordar la problemática de la "vigilancia sindrómica participativa" desde un enfoque centralmente cualitativo y desde el tema de fondo: el de la interculturalidad en salud.

Se emplearon una variedad de técnicas de investigación interconectados, para una mejor aproximación y entendimiento del "objeto" de investigación. Pero desde un hilo conductor que entiende que en este caso el "objeto" es "sujeto" pues no se estudia la enfermedad en sí misma sino las personas que tienen, tratan, padecen, sufren, diagnostican, llevan, siguen, interpretan, niegan, enfrentan enfermedades asociadas a los síndromes hemorrágico e ictérico, sujetos que reflexionan sobre signos, significados y acciones que se dan en la problemática de sus enfermedades, vulnerando de esta forma, la clásica relación de investigación sujeto-objeto de investigación.

La metodología del estudio, prioritariamente cualitativa, propició el involucramiento del equipo de investigación en el mundo donde se generan los discursos y significados. El equipo de investigación se estableció entre junio y agosto del 2000, junto a los equipos del Ministerio de Salud, en las comunidades de Buena Vista, Mayapo, Nueva Quillabamba y Sanpantuari, del valle del río Apurímac, y en las comunidades de Kiteni, Monte Carmelo,
Cirialo, Quellouno y Santa María en La Convención. Se había determinado que en cada una de las dos zonas de estudio se seleccionarían por lo menos cuatro comunidades y que siempre en cada valle se estudiarían comunidades de colonos y de nativos.

En ambas zonas amazónicas se utilizaron como técnicas de investigación entrevistas en profundidad, grupos focales, encuestas y revisión documental. La división del trabajo entre las técnicas de investigación tuvo que ver con la aptitud de cada una para generar determinado tipo de información y para aplicarse a determinado tipo de unidad de observación. En general podemos decir que la temática “blanda” fue abordada preferentemente por las técnicas cualitativas y la temática “dura” por las técnicas cuantitativas.

Las entrevistas en profundidad y grupos focales se realizaron con 43 pobladores colonos y nativos, 70 promotores de salud y 33 trabajadores de salud. Se realizaron igualmente dos talleres con 80 líderes locales, promotores y personal de salud. Por último, se aplicó una encuesta a 174 trabajadores de salud de ambas redes de servicios, esto es, al 50% del personal de cada red. Los hospitales de San Francisco y Quillabamba, que son las cabeceras de red de los establecimientos de los valles del río Apurímac y La Convención respectivamente, fueron los puntos de partida para los desplazamientos y estancias en las comunidades.

Para el caso de las entrevistas en profundidad a pobladores se buscó que fueran enfermos o ex enfermos, o parientes de enfermos y ex enfermos, vecinos de los mismos, practicantes de medicina tradicional, líderes comunales y pobladores con experiencias previas de brotes. Para el caso de las entrevistas a profundidad y grupos focales con promotores de salud se consideró fueran promotores con tiempo de trabajo en la zona mayor de 6 meses y que desarrollen actividades en salud en la comunidad, sea en relación con el establecimiento de salud del MINSA, con ONGs locales, iglesias u otras instituciones. Para el caso de las entrevistas a profundidad al personal de salud los criterios de inclusión considerados se relacionaron a su tiempo de trabajo en la zona mayor de 3 meses y a su vinculación en la atención de los síndromes febril hemorrágico agudo/febril ictérico agudo. Para el caso de la encuesta al personal de salud el criterio de inclusión fue que se trate de personal asistencial con tiempo de trabajo en la zona mayor de 3 meses. Los talleres de problematización de la vigilancia sindrómica se realizaron con los tres “estamentos”: pobladores,
promotores y personal de salud, seleccionándose a las personas que representaban mejor las posiciones de dichos actores.

En general las entrevistas a profundidad y grupos focales arrojaron datos cualitativos sobre los temas socioculturales relacionados a la enfermedad y la atención de la salud. De otro lado las encuestas aplicadas al personal de salud estuvieron dirigidas centralmente a obtener información sobre la organización y recursos del proceso de la atención y las acciones preventivas del MINSA. Con los promotores y el personal se buscó información, además, sobre el contenido de la ficha epidemiológica comunal de vigilancia sindrómica y la identificación de las dificultades para la vigilancia, diagnóstico y prevención de estas enfermedades.

Se utilizaron en el trabajo seis instrumentos de recolección de información: 3 guías de entrevistas en profundidad, según se trataba de pobladores, promotores o personal de salud; una guía para los grupos focales con promotores de salud; el cuestionario de la encuesta al personal de salud; y la guía del taller de problematización. Los instrumentos se validaron en las redes de Quillabamba y San Francisco al inicio del trabajo de campo, lo que posibilitó su adecuación al lenguaje y códigos de las zonas.
“Mi abuelo me contó que hace muchos años, en nuestra tierra, miles de gentes morían por chuschu fiebre. Eran los años en que el negocio del café era fuerte entre La Convención y el Cusco, y muchos iban a trabajar en la cosecha, algunos no regresaban y otros volvían enfermos (...) Médicos de la ciudad vinieron a curar a los enfermos, pero la gente de la comunidad tenía miedo de ellos porque eran blancos y hablaban castellano, creían que eran nakaqkuna. El layqa brujo más poderoso de la zona, Salvador Ruypaylla, no había podido curar la fiebre, ninguno de los preparados hizo bien a nadie (..) Mi abuelo contó que por ese tiempo llegó a la comunidad un profesor que era ayacuchano y que hablaba algo de kechua y que explicó a todos que tenían que tomar la medicina de los médicos de la ciudad. El layqa Salvador se puso celoso del profesor y lo maldijo. Cuando la gente se había curado de la fiebre, el profesor murió de daño. Por eso mi abuelo decía que para recordar al profesor, a los enfermos y fallecidos, se bailaba cada año en Santa Ana la danza chuschu o danza de la fiebre”.

Capítulo 1

Interculturalidad en la Atención de la Salud

En 1996 la Organización Mundial de la Salud planteó un nuevo sistema de vigilancia sindrómica con el propósito de superar el modelo de vigilancia tradicional. Como se sabe, la vigilancia epidemiológica convencional está organizada según enfermedades o desde programas por tipos de patologías. Dado que en la realidad las enfermedades aparecen muchas veces con síntomas y signos similares, ello no permite identificar la enfermedad y retarda la detección y la intervención sanitaria. Mientras se procesa la confirmación etiológica mediante pruebas de laboratorio se pierde un tiempo precioso. La vigilancia sindrómica busca promover la detección temprana de casos y superar de esta forma el enfoque unicausal presente detrás de la vigilancia de daños.

El problema de la vigilancia sanitaria es sin embargo bastante complejo porque, además, los síntomas y signos suelen presentarse en forma agrupada, como síndromes, que no necesariamente corresponden a una sola enfermedad. Éste es nuestro caso: dos síndromes cuya etiología puede corresponder a una u otra enfermedad asociada. Diversas enfermedades -como la malaria, la hepatitis y la leptopirosis- producen los síntomas y signos de los síndromes febril hemorrágico agudo y febril ictérico agudo.

En cualquier caso la vigilancia de síndromes otorga mayor capacidad de anticipación al sistema de salud que la vigilancia de enfermedades. Pero por lo mismo que este tipo de vigilancia planteada por la OMS se desarrolla en la etapa inicial de manifestación del daño, en la etapa en que la necesidad todavía no es demanda.

Supone cierta explicitación de la dimensión cultural de la atención de salud cierta comprensión de lo cultural. Mientras la población acude a los servicios en calidad de usuarios, la cultura institucional o la de los usuarios


\[+ \text{ De ahora en adelante se entenderá como usuario a hombres y mujeres que utilizan los servicios de salud.} \]
profesionales de salud pueden actuar como si estuvieran solos. Pero como la vigilancia sindrómica se ubica en el mundo extramural, su éxito o fracaso se ve más afectado por el diálogo y el conflicto entre la cultura profesional en salud y la cultura sanitaria poblacional.

Así, la vigilancia sanitaria es el escenario de un encuentro no siempre armónico de dos códigos culturales. No hay modo de promover la notificación temprana de estos males ni de incorporar a la comunidad a esta propuesta de vigilancia sin entender las relaciones y discursos interpretativos que los diferentes actores de una comunidad poseen sobre asuntos como los síntomas y signos de las enfermedades. Estos discursos interpretativos - la racionalidad no necesariamente racional de los actores, con fuerte carga empática y simbólica - son los que explican los comportamientos ante las enfermedades y ante los diferentes tipos de respuestas que surgen desde la comunidad o desde el sistema formal de atención y los técnicos y profesionales del sector salud. Los discursos son renechos constantemente en la interacción social y se modifican y reconstruyen en el mismo momento en que promueven la adopción de formas de sociabilidad establecidas.

El presente estudio surgió entonces porque la implementación inicial de la vigilancia sindrómica en los dos valles amazónicos sacó a la luz que la sociabilidad de los prestadores y la de los usuarios eran a tal punto diferentes que podía bloquearse la viabilidad del nuevo modelo. De ahí que la solicitud original del estudio girara en torno los problemas de la vigilancia sindrómica y, en ese sentido, se trabajaron recomendaciones y conclusiones concretas tendientes a hacer comprensibles las fichas de notificación y fluido el sistema de vigilancia que ahora presentamos. Como resultado de este estudio se construyeron marcos interpretativos sobre la relación entre sociedad, salud y enfermedad en ambos valles y se recogió, describió y analizó información sobre la cultura sanitaria de los colonos y nativos de las zonas de San Francisco y La Convención. Igualmente se exploraron, identificaron y describieron las percepciones de la población con respecto a los servicios y el personal de salud y las percepciones del personal de salud con relación a las actividades de los establecimientos y sus actitudes hacia estas enfermedades, los enfermos y su cultura en salud. Por último, se recogieron y analizaron las percepciones de los pobladores, promotores de salud y personal de salud sobre el sistema de vigilancia y la ficha de vigilancia sindrómica.

Sin embargo, si bien el estudio se planteó para aportar soluciones
concretas a los problemas de la “vigilancia sindrómica participativa”, desde el inicio quedó claro que el problema de fondo que convocaba era la interculturalidad en salud. Ello exigía aportar elementos para la interpretación sociocultural del proceso salud-enfermedad-atención en contextos culturalmente heterogéneos y proponer un posicionamiento adecuado ante nuestra diversidad de culturas sanitarias. Nuestro estudio lo interpretamos, entonces, también como un esfuerzo por revelar este lado -por lo general oculto- del sistema de atención, y por promover en la agenda del sector salud el tratamiento explícitamente intercultural de nuestra multiculturalidad. En este primer capítulo se presenta este posicionamiento teórico del estudio.

Obviamente, éste contradice el enfoque implícito en muchas actividades sectoriales, que se desarrollan como si el país fuese culturalmente homogéneo. Esta visión homogeneizante está detrás de muchos de los desencuentros entre los servicios y la población. Como explica Kymlicka\(^3\), la pertenencia cultural es clave en la identidad de las personas, porque afecta la forma en que los demás nos perciben y responden: el respeto y estima que merece el grupo nacional o étnico al que uno pertenece otorga seguridad o inseguridad, autoestima o autosegregación. Nuestros resultados confirman, entonces, la necesidad de admitir nuestra diversidad cultural en salud y la posibilidad de puntos de encuentro entre la nosología popular de las enfermedades y los contenidos educativos preventivo-promocionales y formas de la atención profesional. Creemos necesario abandonar la idea de que los estilos de vida saludables implican el abandono de las identidades originarias y la transculturación.

1.1. La reforma en salud y la cultura.

La necesidad de revalorar la cultura como una dimensión imprescindible del proceso de atención de la salud se abre en el Perú luego de una década en que el repotenciamiento del sistema de atención y el crecimiento de los

establecimientos de salud en todos los rincones del país casi han doblegado el viejo problema de la inaccesibilidad geográfica, aunque sólo para encontrarse cara a cara con la cuestión irresuelta de la inaccesibilidad cultural.

Es verdad que aún hay mucho por hacer en el terreno de la disponibilidad de recursos en salud: en nuestro país todavía hay zonas sin servicios de salud, más de la mitad de los médicos se concentra en Lima, la distribución de los hospitales y establecimientos por niveles de atención sigue siendo centralista, el grueso del financiamiento todavía es hospitalario y está mal distribuido regionalmente. Pero definitivamente en los años noventa se ha vuelto a desplegar el sistema de atención que a comienzos de la década había colapsado y se ha extendido la frontera de la medicina formal sobre la mayoría de espacios del país, sobre todo en virtud de la expansión de la periferia. Los establecimientos de salud se han multiplicado por todo el territorio nacional: entre 1992 y 1996 pasaron de 3934 a 5933, y actualmente hay más de 7000. En 1996 el Ministerio de Salud cubría 1788 distritos del país\(^4\). En realidad, estas cifras muestran una importante expansión en la frontera del sistema de atención. También han crecido las atenciones, consultas médicas y egresos hospitalarios.

Y sin embargo, cuanto más extensa y numerosa es esta interacción cotidiana entre millares de usuarios y sus familiares y miles de médicos, enfermeras y trabajadores del sector salud, más necesaria es la conciencia de que no será posible avanzar más en cuanto a equidad, eficiencia y calidad sólo apelando a los flujos de bienes y servicios vistos desde su exterioridad. En ese encuentro de enfermos y prestadores hay muros interiores, bloqueos culturales, trasvases afectivos, flujos étnicos y sociales, que es necesario develar e incorporar en todo esquema de atención, con mayor razón en un país heterogéneo como el Perú.

Tan cierta es esta realidad que, pese a haberse omitido la dimensión cultural en las iniciativas de reforma en los noventa, el problema cultural apareció de todos modos en la década pasada -en clave modernizante-bajo cuatro rótulos: estudios de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), información-educación-comunicación (IEC), calidad de la atención desde la perspectiva del usuario y culturas organizacionales. La inmensa

mayoría de los abordajes culturales de la década pasada se hicieron desde estos cuatro ingresos.

El discurso oficial de la reforma en los noventa no propició una atención de las culturas en salud, bajo la primacía de la economía neoclásica. Por detrás de este discurso había de todos modos un enfoque cultural, la teoría de la modernización, promotora de la transculturización, del pragmatismo, del enfoque instrumental de las cosas, de la admiración de lo técnico y lo foráneo. De ahí que en un país que según ENNIV 2000 tiene 12.63% de la población con lengua materna quechua, aymara, campa, shipibo y otras lenguas distintas al castellano, con un fuerte porcentaje de población bilingüe, con notoria presencia de curanderos, brujos y chamanes, con autocuidado y medicina casera masivos, no aparecieran la medicina tradicional ni las prácticas médico-populares en las propuestas de reforma.

Las culturas populares son un punto ciego en el enfoque homogeneizante. Sólo cuando la estadística se recompuso y mostró las altas tasas de no retorno de pacientes, las cifras de parto no institucional o el crecimiento notorio de la consulta en farmacias, la preocupación por el “ruído” cultural se extendió y entonces aparecieron los cuatro ingresos señalados. Las Encuestas Nacionales de Hogares de los años 1995 a 1998 registraron que entre las causas por las cuales la población no asistía a consulta se encontraban la falta de recursos económicos (65% de las respuestas en 1995 y 40,4% en 1998) pero las razones relacionadas con bloqueos culturales eran sorprendentemente altas: en 1998 el 31,7% manifestaba falta de confianza y credibilidad y 6,6% se quejaba de la mala calidad de la atención. La ausencia o lejanía de los servicios de salud, que fue argumentada en 1995 por el 11% como causa de inasistencia a consulta, en 1998 bajó al 6% de las respuestas⁵.

Ante este panorama, el modelo monocultural solicitó a las ciencias sociales nuevos instrumentos para “convertir” a su racionalidad los mundos interiores que lo rebasaban. No solicitó una nueva interpretación socioantropológica de lo que venía sucediendo sino algo más limitado: técnicas, instrumentos, fotografías culturales que le permitieran traducir su mensaje a poblaciones no occidentales. Se multiplicaron así los CAP, IEC y encuestas de satisfacción de usuarios. Obviamente todo ello es un avance, porque comienza a desplazarse la atención a los sujetos de la

---

atención: individuos y poblaciones. Pero es necesario superar esta comprensión limitada de los problemas de la interculturalidad.  

La subjetividad de las poblaciones y la riqueza de lo simbólico-significativo no puede encasillarse en las respuestas de las encuestas. Por otro lado, la generalización de las actividades de IEC asume que la persistencia de los comportamientos sanitarios de la población es un problema de comunicación (que lo es, pero es más que eso). Las actividades de información, educación y comunicación son necesarias, pero no pueden plantearse desde la neutralidad con respecto a los mensajes que llevan porque la fuente principal de la incommunicación es la omisión de la multiculturalidad. La Política Nacional de Comunicación para la Salud aprobada en setiembre de 1994 explicó esta reducción de la comunicación a las formas cuando se propuso modelar a toda la población, modificando actitudes, hábitos, prácticas y comportamientos, sin preguntarse desde dónde hablaba.

Por último se intentó dimensionar y entender la insatisfacción de los usuarios con la metodología y cuestionarios utilizados en los países desarrollados, sin comprender que la brecha entre los prestadores y usuarios en nuestros países latinoamericanos tiene un fuerte componente cultural. En todos los países del mundo los médicos y los usuarios se diferencian en que los primeros tienen una cultura profesional y los segundos una cultura empírica en salud, pero ambos suelen compartir la misma cultura nacional. En nuestro país, los proveedores y los pacientes no sólo no comparten lo primero sino que, en muchos casos, tampoco lo segundo, sobre todo en la sierra y selva. Por eso, el contacto en el consultorio es un contacto intercultural: en algunos casos un diálogo intercultural pero en muchos otros un diálogo de sordos.

Además, a las diferencias culturales naturales debidas a los orígenes y trayectorias diferentes se añade el tipo de formación en salud, hegemonizada por un modelo monocultural que promueve la ruptura por la prescindencia del "otro". Por todo esto, las mediciones sobre satisfacción de los usuarios en contextos heterogéneos requieren metodologías más

---


comprehensivas antes que la aplicación mecánica de los cuestionarios de los países desarrollados. Esto es más cierto aún en la ceja de selva - en donde se desarrolló el estudio- porque el personal de salud ha sido transculturizado durante sus años de universidad y de trabajo en los servicios, y en ellos se ha procesado no sólo un cambio técnico relacionado con sus habilidades sino un cambio de identidad. La brecha con las poblaciones amazónicas de nativos y colonos serranos no se debe sólo al conocimiento especializado sino a valores, actitudes, creencias y afectos.

Y sin embargo, ya no es posible imaginar la existencia de culturas definidas, coherentes, propias de un territorio o grupo ocupacional. Como explica Huber, la globalización ha desterritorializado las culturas y la vida de las personas está sometida cada vez más a influencias culturales de distintos orígenes, de modo que es difícil distinguir orígenes y autenticidad\(^8\). García Canclini ha insistido en esta dificultad actual para reconocer qué es lo propio y lo ajeno\(^9\). Esto es más cierto aún en la ceja de selva, un espacio en el que todos -o casi todos- están construyendo nuevos proyectos de vida por tratarse de poblaciones de migrantes. Por eso, el personal de salud -que no entiende las paradojas culturales de sus poblaciones, capaces de combinar brebajes y adivinaciones con fármacos- debiera mirarse en el espejo y sorprenderse también de la mezcla de culturas que expresa: médicos nacidos en Lima que estudiaron medicina en Trujillo y terminaron conviviendo con sus pacientes en la comunidad selvática de Santa Rosa; enfermeras de Arequipa que estudiaron en Lima y se quedaron en La Convención a partir de su servicio rural. De ahí las "heterodoxias" de los propios proveedores con respecto al modelo monocultural. El modelo hace que el personal de salud crea que está moldeando a las poblaciones, pero la tercera realidad es que ambos están moldeándose, y que la atención de la salud es una construcción social y cultural de poblaciones y proveedores y no sólo de los proveedores. Si el diálogo intercultural se convirtiera en política pública, con los mismos recursos daríamos un inmenso salto hacia adelante en la salud de nuestra población.


1.2. Etnicidad y cambio social en la Amazonía

El Perú no es una sociedad con una cultura nacional en el sentido que las define Kymlicka, como “sociedades culturalmente distintas, geográficamente concentradas e institucionalmente completas”\(^{10}\). De ahí que nuestra problemática del multiculturalismo sea diferente a la de los países que tienen culturas únicas o dominantes, donde el multiculturalismo se plantea a partir de los derechos de las minorías nacionales y de los inmigrantes. Aquí hay minorías nacionales e inmigrantes cuyos derechos debemos defender, pero lo particular del multiculturalismo en el Perú es que debe seguir planteándose la cuestión de los derechos culturales, incluso en ausencia de una cultura dominante o ampliamente mayoritaria, a partir de la diversidad.

En la ceja de selva esto es más evidente, porque es una zona de pioneros, de migrantes procedentes de diferentes orígenes que, más que acogerse a una cultura fuerte que los integre, aportan sus costumbres e identidades a un mosaico cultural en permanente reconstrucción. Así, el multiculturalismo del Perú no tiene fronteras definidas -salvo en algunos casos en que existen minorías nacionales geográficamente delimitadas- pero en todo el territorio el multiculturalismo atraviesa individuos y poblaciones. Lo particular de la ceja de selva es la acentuación de esta fluidez multicultural. Los valles del río Apurímac y La Convención son una suerte de torres de Babel horizontales, espacios de recreación colectiva e individual de todos los legados traídos por los migrantes. En ese contexto, el ruido lo traen precisamente el Estado y “los de fuera”, que no siempre -pero sí en muchos casos- reclaman una situación de privilegio: el reconocimiento de su cultura como la verdadera.

Obviamente en estas zonas hay dos situaciones distintas: la de los colonos de origen serrano y la de los nativos. La mayoría de la población selvática de estas zonas no es, entonces, selvática, sino migrante o descendiente de migrantes serranos. La población nativa original ha venido siendo desplazada por sucesivas colonizaciones de migrantes, lo que revela una inversión histórica de roles en que el nuevo conquistador es el colono andino, que en sucesivas oleadas empuja siempre hacia el oriente a los

---

\(^{10}\) Kymlicka, W. Ibidem 1996, p. 117.
pobladores nativos.

En términos culturales, este asentamiento de los colonos no es, por tanto, indicador de una “cultura en desintegración” sino, en alguna medida, expresión de una nueva proyección andina en un contexto diferente que, a su vez, la transforma. La diferencia con la cultura nativa es que ésta sí encuentra cada vez más trabas para desplegarse integralmente, por el desuso mayor de su propia lengua y por la no vigencia de sus expresiones institucionales en las escuelas, los medios de comunicación, la economía o el gobierno. Se puede decir, entonces, que en estos valles las culturas circulan más libremente que sus instituciones (colegios, servicios públicos, gobierno), pues la institucionalidad en la ceja de selva es impuesta fundamentalmente por la cultura “de fuera”.

Los colonos serranos se hacen a sí mismos un espacio en esta institucionalidad, pero la cultura nativa es excluida de ella. Los colonos inmigrantes reconstruyen en la selva una cultura e institucionalidad que ya no es exactamente igual a la original: es significativo el hecho de que muchos de sus pueblos se llamen Nueva Cajamarca, Progreso o Villa Mejorada, mientras los intermediarios “de fuera”, los profesionales, funcionarios y empresarios, por lo general no participan en las torres de Babel, se sitúan fuera del diálogo democrático y moldean a imagen y semejanza del Perú formal las instituciones que dirigen.

La ceja de selva actual actualmente reproduce por tanto los tipos de contactos interculturales que la historia registra como tipos clásicos en el encuentro de culturas: en algunos casos la automarginación, en otros la cooptación o integración, en otros la lucha y resistencia y, por último, la hibridación y coexistencia.

Durante los siglos de contacto en la selva los nativos han enfrentado a los foráneos con alguna de estas variantes: se han documentado rebeliones indígenas en diversas zonas del territorio amazónico, tanto contra los misioneros que fueron los primeros en establecer contacto como contra los empresarios o colonos en los siglos posteriores. Si bien la lista de las rebeliones indígenas es larga, las más notables o conocidas fueron las encabezadas por Santos Atahualpa (1742) y por Runcato (1767), la primera con la participación de numerosos indígenas amazónicos provenientes de diferentes etnias -como los campa, los piro, los machiguenga y los conibo- y la segunda encabezada por los setebo, los shipibo y los conibo. Pero hubo también otra opción: la del refugio en lugares aislados, la automarginación. En realidad, hace cinco siglos esta
parte de los nativos peruanos emprendió una larga marcha hacia el oriente, adentrándose selva adentro ante la invasión primero criolla y luego -ahora- andina. En otros casos también se dio la cooptación e integración: muchos de los que fueron “capturados” en las poblaciones criollas con el tiempo terminaron perdiendo la pertenencia étnica y pasaron a ser catalogados como mestizos, a pesar de no necesariamente haber experimentado el mestizaje racial con la población europea, como el caso de los cocama señalado por Preston\textsuperscript{11}.

Pese a la riqueza de situaciones generada por estos encuentros y desencuentros, como ha señalado Santos Granero\textsuperscript{12}, lamentablemente son muy pocos los estudios sobre la Amazonía que han tratado el tema del cambio social y cultural en los grupos indígenas y, más bien, la mayoría sólo ha tratado de rescatar la persistencia de las culturas nativas y sus elementos tradicionales.

Sin embargo, la historia de contactos interculturales en la selva es muy antigua como para imaginarse un esquema de “culturas puras”. Sólo en la Amazonía peruana coexisten 64 grupos etnolingüísticos pertenecientes a doce familias lingüísticas. Cada uno de estos grupos tiene una visión particular del mundo que le es consustancial ya que, como señala Whorf, las lenguas traen en sí mismas un “esquema de pensamiento”. Pero estos grupos han mantenido contacto entre sí a través de los siglos y también lo han tenido con otras culturas de la sierra peruana -incluyendo la incaica- y en los últimos quinientos años se han vinculado con el mundo occidental, cada cual a su manera.

Por tanto, las migraciones y contactos interculturales han generado profundos cambios en las características demográficas, la ecología, la economía y la constitución misma de las sociedades y culturas nativas y serranas. Vamos a reseñar algunos de estos cambios procesados a lo largo de la historia de contactos de pueblos y culturas en la selva antes de debatir en el siguiente acápite las teorías partidarias de la aculturación y transculturación occidental de las poblaciones nativas y la teoría de las culturas fijas.


Se pueden señalar por lo menos seis cambios importantes como fruto de la interacción. El primero tiene que ver con el patrón de asentamiento territorial de las poblaciones, que tradicionalmente fue de pequeñas comunidades distanciadas y que ha ido convirtiéndose en una combinación de éstas con asentamientos medianos. Si bien algunos autores, como Myers, proponen que algunos grupos indígenas lograron organizarse en comunidades grandes antes de la llegada de los españoles, sólo se apoya en los cocama del Amazonas y los conibo del Ucayali, ambos situados en grandes ríos. Pero la pobreza de los suelos y las condiciones ecológicas de la selva baja dificultaron el establecimiento de grandes poblaciones concentradas. Las evidencias más concretas sobre las sociedades indígenas amazónicas es que tendieron a organizarse en pequeñas comunidades distanciadas significativamente unas de otras, frecuentemente habitadas por una sola familia extendida.

Con occidente comenzó la extracción, comercialización e introducción al mercado de algunos productos. Estas actividades fueron iniciadas entre los siglos XVII y XIX por los propios misioneros quienes planificaban comunidades grandes y necesitaban el impulso de otras actividades económicas para sostenerlas. Posteriormente, los cambios fueron impulsados por empresarios, comerciantes y colonos en los siglos XIX y XX. Así, con el paso de los siglos el patrón de pequeñas comunidades fue modificándose poco a poco y en la actualidad existe en el territorio amazónico una combinación de poblaciones pequeñas y poblaciones medianas. El nuevo problema que representó el establecimiento de poblaciones grandes es que tienden a depredar el bosque, lo que impide su desarrollo sostenido. Hasta el momento no se ha encontrado la fórmula que permita combinar la producción con la preservación de la ecología en la selva baja.

Un segundo cambio muy importante fue el progresivo arrinconamiento de las minorías nativas en las franjas improductivas de la selva peruana. En la selva alta o ceja de selva algunas áreas sostienen una agricultura muy productiva, pero otras áreas están sujetas a una agricultura de “corte y quema” en la cual los campos se desbrozan mediante el fuego y se cultivan de manera discontinua, lo que implica períodos de barbecho más largos que

---

la duración del propio cultivo\textsuperscript{14}.

Dado que la selva alta se caracteriza por pendientes pronunciadas, alta pluviosidad y suelos inestables, la tierra y los bosques son fácilmente degradados por este tipo de agricultura. Por mucho tiempo los colonos provenientes de los Andes han buscado las mejores tierras de la selva alta para cultivar café, cacao y coca, y es allí donde se han instalado, desplazando a las poblaciones aborígenes. A las poblaciones del resto de las zonas de selva alta -y, en general, a todas las de selva baja- lo que les queda es producir más para el autoconsumo, con alguna producción para el mercado. Esta invasión de tierras indígenas por los colonos tuvo como consecuencia la progresiva fragmentación y desplazamiento de los nativos hacia las zonas más pobres y marginales en cuanto a suelos y disponibilidad de recursos. Estos procesos profundizaron la ruptura de las antiguas redes de intercambio interétnico y propiciaron el aislamiento, no sólo de los pueblos indígenas entre sí sino incluso de los segmentos pertenecientes a una misma etnia.

El tercer cambio es económico. El contacto con occidente fue sinónimo de paso a una situación de dependencia económica. Los misioneros iniciaron el proceso al convertirse en patrones o intermediarios de la producción indígena, a pesar de que el trabajo no se destinara al lucro individual sino al mantenimiento de las misiones. Posteriormente, con la llegada de empresarios y comerciantes, se incrementó la producción para el mercado y, conjuntamente, la dependencia económica de los indios, ya que las relaciones de trabajo adquirieron otras características, como la esclavitud o el endeudamiento de por vida. El \textit{boom} de la explotación cauchera de fines del siglo XIX y principios del XX profundizó los cambios en las poblaciones amazónicas. Esta época marca la entrada de la Amazonía al mercado internacional. Las "correrías" o incursiones armadas en busca de mano de obra indígena afectaron de manera drástica la demografía de los pueblos involucrados y, en ciertos casos, ocasionaron su total exterminio. Con la caída de los precios del caucho, en 1919, muchos caucheros se retiraron de la selva baja, pero ya se había producido un impacto desestructurador sobre las sociedades nativas. Con el correr del siglo XX desapareció el sistema de enganche cauchero y se generalizaron los productores independientes y, en menor medida, los asalariados. Pero

éstos últimos no eran los clásicos asalariados capitalistas, pues en algunos casos se mantenían las relaciones de compadrazgo o se llegaba a acuerdos contractuales con una comunidad y no con un grupo de individuos, como han explicado Chirif y Mora\textsuperscript{15}.

El cuarto cambio importante fue la pérdida de la libertad por los pueblos indígenas, que ya no pudieron expresarse cultural, social ni políticamente. Los misioneros trajeron consigo la necesidad de implantar su cultura y de abolir la de los indios: este deseo de transculturización forzosa se puede apreciar en sus propias crónicas. No sólo hubo, entonces, planteamientos democráticos como los de Bartolomé de las Casas, sino más bien propósitos impositivos. Es famoso el \textit{Código del perfecto misionero} del padre Sobreviela -escrito en la segunda mitad del siglo XVIII- que aconsejaba que a los indios “no se les debería permitir alejarse mucho tiempo de la misión y que cada vez que salgan deberían pedir permiso a los misioneros; que los domingos y dos o tres días por semana todos los infieles sean reunidos para repetirles varias veces una misma cosa de la doctrina cristiana hasta que se la sepan de memoria; que ningún adulto sea bautizado hasta que no haya aprendido esta doctrina y que no se haya casado religiosamente con la primera de sus mujeres y no haya abandonado a las otras; que todos deberían llevar un rosario en su cuello o al menos una cruz como señal de su pertenencia cristiana; que se deberán loar la grandeza, el poder y la majestad del rey de España y del virrey del Perú y que se les deberá explicar a los indios que aquéllos les enviaron a los misioneros para enseñarles las buenas costumbres, alejarlos de los vicios, instruirlos en la verdadera fe sin la cual ellos no podrían ir al cielo”\textsuperscript{16}. A través de los procesos de misionalización y evangelización muchos pueblos indígenas se vieron obligados a adoptar nuevos idiomas (tupí, quechua, castellano, portugués, etcétera) y terminaron por incorporar motivos cristianos a sus creencias y prácticas religiosas, dando lugar en algunos casos al surgimiento de nuevas teologías y movimientos religiosos.


Un quinto cambio tuvo que ver, entonces, con las transformaciones en las religiones indígenas. El catolicismo misionero terminó generando un híbrido religioso, como pasó también en la sierra. Posteriormente -ya en el siglo XX- creció la influencia de las misiones protestantes en territorio indígena amazónico. El predominio de la iglesia católica decreció considerablemente y en muchos lugares se vio desplazada por el mayor esfuerzo desplegado por los protestantes. Los protestantes intentaron siempre inyectar en los indígenas una “ética protestante” pero, como señala Françoise Morin\(^\text{17}\), fracasaron porque los indígenas no tenían capacidad de ahorro -y, menos aún, la idea de inversión en la producción- y gastaban rápidamente el dinero ganado en la compra de los bienes que estaban a su alcance en un momento dado. Por otro lado, autores como Taylor\(^\text{18}\), Gow\(^\text{19}\) o Chaumeil\(^\text{20}\) han señalado que a través del chamanismo los indígenas intentan apropiarse de lo que ellos consideran como las fuentes de poder de los foráneos, cuya riqueza la atribuyen a sus poderes sobrenaturales.

Un sexto tipo de cambios fueron los referidos a la autonomía política y organización social indígena. Bajo el dominio de los diversos agentes coloniales, los indios también perdieron sus autonomía política. Las otrora “sociedades nativas” se convirtieron en poblaciones con culturas propias pero sin expresiones institucionales permitidas. Se podría pensar que, con la generalización de los productores independientes, las poblaciones nativas recuperaron la autonomía que tenían en décadas anteriores. Sin embargo, a esas alturas del siglo XX la organización social ya había sufrido transformaciones muy grandes. Por ejemplo, los sistemas de jefaturas tradicionales se desintegraron a pesar de haber subsistido muchos de ellos hasta las primeras décadas del siglo XX. Según varios autores, como


\(^{19}\) Gow, Peter. “¿Podía leer Sangama? Sistemas gráficos, lenguaje y shamanismo entre los Piro (Perú Oriental)”. En Santos Granero, Fernando (ed.). Globalización y cambio en la amazonía indígena. Quito: AbyaYala 1996.

Gow\textsuperscript{21} o Camino\textsuperscript{22}, los jefes tradicionales ya habían perdido su prestigio en las poblaciones nativas, en buena parte porque sirvieron a los empresarios caucheros y a otros como intermediarios para la captación de mano de obra indígena.

Pasarían varias décadas hasta que, ya en la segunda mitad del siglo XX, surgieron nuevos liderazgos basados en modelos organizacionales de tipo occidental que tenían un alcance supralocal o étnico y cuyas reivindicaciones eran justamente étnicas y no clasistas, como lo eran las organizaciones obreras o campesinas-indígenas\textsuperscript{23}. En el Perú, en la década del setenta apareció AIDESEP (Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana) bajo la forma de una ONG y, posteriormente, CONAP (Confederación de Nacionalidades Amazónicas del Perú), que agruparon a las diversas organizaciones indígenas de la Amazonía peruana. A través de todos estos cambios, procesados a lo largo de mucho tiempo, las culturas e identidades nativas e indígenas se transformaron. No perdieron todo su acervo original pero sí una parte del mismo, lo que originó hibridaciones y redefiniciones. Y sin embargo, pese a todo, son reconocibles como culturas diferentes.

Ahora los indígenas viven otra ola de cambios a partir del proceso de globalización que experimenta el mundo y del cual tampoco escapan ellos. Según diversos autores, como MacDonald\textsuperscript{24} o Stearman y Redford\textsuperscript{25}, el desarrollo de actividades para el mercado, incluso de exportación, ha tenido un importante impacto en las modalidades de propiedad de la tierra y uso de los recursos, en la viabilidad de las actividades de subsistencia, en la organización del trabajo y en la vida social y ceremonial. Se ha

\textsuperscript{22} Camino, Alejandro. "Trueques, correrías e intercambios entre los quechua andinos y los piro y machiguenga de la montaña peruana". En Santos Granero, Fernando (ed.). Globalización y cambio en la amazonía indígena. 1977.\par
\textsuperscript{24} MacDonald Jr., Theodore. "Respuesta indígena a una frontera de expansión: conversión económica de la selva Quichua en hacienda ganadera". En Norman E. Whitten Jr. (ed.). Amazonía ecuatoriana: la otra cara del progreso. Quito: AbyaYala.\par
\textsuperscript{25} Stearman, Allyn M.; Kent Redford. "Los Siono y el lagarto en el oriente de Bolivia: caza comercial por cazadores de subsistencia". En Human Organization, Vol 51 (3), 1992.}
señalado para toda Latinoamérica que grupos indígenas han incursionado en el sector terciario montando agencias de ecoturismo y turismo “místico” y ofrecen servicios etnomédicos para foráneos. Otros han tomado contacto con diversas ONG del primer mundo: organizaciones financieras, promotoras de desarrollo, defensoras de los derechos humanos, ambientalistas, etcétera. Estas nuevas alianzas permitieron a algunas organizaciones indígenas adquirir un mayor poder de negociación, aunque éste no ha sido el caso mayoritario.

Para introducirse mejor en los nuevos “mercados”, algunos sectores indígenas latinoamericanos están “retocando” sus propias culturas, adaptándolas al gusto foráneo. Es más, se ha apuntado la paulatina conversión de lo indio o nativo en “mercancía”. Esto refiere a la venta no sólo de artículos de origen indígena (como las artesanías) sino también de conocimientos especializados de chamanismo, espiritualidad, música o narrativa que se transmiten en vídeos, artículos, libros, discos o películas. Algunos grupos indígenas se han percatado del valor comercial que tiene su propia cultura y lo han sabido explotar. Para Santos Granero, “este fenómeno, que en algunos casos ha conducido a una banalización de la propia cultura, en otros, sin embargo, parece haber estimulado un proceso de escudriñamiento y rescate cultural que en última instancia ha redundado en el fortalecimiento de la propia identidad. Por otra parte, en Latinoamérica pareciera ser que los pueblos más exitosos en términos de su poder de acumulación económica, su capacidad de decisión política, su alta autoestima y el hecho de haber ganado importantes espacios de reconocimiento a nivel nacional e internacional son precisamente aquellos que han hecho de su identidad parte integrante de las mercancías que comercializan y que han sabido aprovechar las ventajas de movilidad y de mercado ofrecidas por el proceso de globalización; éste es, por ejemplo, el caso de los otavaleños de Ecuador o de los kuna de Panamá”. Desde nuestro punto de vista, estos casos no demuestran la desaparición de las identidades nativas pero sí la complejidad del fenómeno identitario en el mundo en que vivimos.

1.3. Occidentalización y culturas fijas

________________________

Ante esta complejidad de los procesos culturales e identitarios desde hace mucho tiempo ha habido dos reacciones simétricamente opuestas, ambas monoculturales: la occidentalista y la nativista o indigenista, por llamarlas de alguna manera. Como ya nos hemos extendido sobre la primera, queremos explicar nuestro punto de vista a partir del contraste con la segunda.

El deseo de destacar las particularidades de los grupos étnicos y de subrayar los aspectos más tradicionales de las sociedades indígenas en algunos casos ha llevado a obviar las nuevas adaptaciones y redefiniciones procesadas por las poblaciones nativas e indígenas. En casos extremos se ha tendido al exotismo y se ha defendido la preservación de lo arcaico. Evidentemente esto no sólo es válido para los indígenas amazónicos, pues las investigaciones e intervenciones en las comunidades indígenas de la sierra muestran este mismo problema. La percepción del indio como radicalmente diferente y distante de occidente es una imagen compartida incluso por la cultura popular. Todas estas posturas en síntesis reducen la realidad a dos mundos absolutamente contrapuestos -el occidental y el indígena-, cada uno con intereses distintos, dos entidades reales condenadas a luchar antagónicamente a través del tiempo en el territorio peruano.

Fernando Fuenzalida retrata claramente esta postura cuando afirma que en algunos casos se ha otorgado una fuerza excesiva a la vinculación entre las unidades mínimas o componentes de cultura definidas como “rasgos”. De ahí que en esta perspectiva, afirma, las culturas tiendan a aparecer como estructuras cerradas y rígidas, en las que cada rasgo es absolutamente inseparable del conjunto. Como consecuencia de esto se considera que la infiltración de rasgos de un conjunto en otro tenderá, por causa de esa rigidez, a generar rechazo. Un rasgo de otra cultura será aceptado sólo si se procesa una reinterpretación del rasgo desde el punto de vista de su significado, su valor y su funcionalidad.

Dentro de este enfoque, prosigue Fuenzalida, la difusión es un fenómeno cultural de importancia secundaria, como lo es también la evolución en tanto que cada cultura es un hecho idiosincrático. El universo de la historia terminaría, así, poblado por una inmensa variedad de entidades

---

sociales, discretas y cerradas, no interpenetrables, de relativamente muy pequeña escala, dotadas de una identidad propia, que se mantienen siempre iguales a sí mismas a lo largo de sus transformaciones. Según afirma, de esto se deduce que, en las situaciones de contacto, tales entidades se combaten, se exterminan, se devoran, se dominan y someten o crecen unas a expensa de la explotación de otras, pero rara vez se fusionan o alcanzan síntesis de escalas superiores. Fuenzalida concluye que bajo este enfoque sólo ha sido posible reconocer algunas clases de difusión de rasgos, como la aculturación y la transculturación, poniendo énfasis en las disfuncionalidades que los rasgos infiltrados producían en las estructuras culturales infiltradas o en las refuncionalizaciones que éstos sufrían para garantizar su aceptación.

Nuestro enfoque no participa de esta perspectiva rígida: nosotros discrepamos de la homogeneización cultural desde otro punto de vista. La historia indígena amazónica registra la plasticidad de los nativos para adaptarse a nuevas situaciones y la renovación de identidades étnicas a medida que crece el contacto con nuevas realidades y grupos sociales. Esto no nos lleva a pensar que la adaptación a los cambios sea pacífica y sin transtornos, no sólo porque ha habido y hay situaciones de explotación y exterminio intencionadas sino porque estas poblaciones prefieren que los cambios se den con una mayor autodeterminación y autonomía, por humanitarios que sean los procesos de homogeneización cultural propiciados por el Estado y porque el respeto por las identidades es un derecho ciudadano.

El caso de las actividades del sector salud ilustra este desencuentro, incluso con "integraciones blandas". Las poblaciones aprecian lo que consideran como ventajas del mundo moderno y, aunque en algunos casos las asociaciones indígenas tengan posturas radicales de lucha contra la "invasión" de occidente, son pocos -por no decir ninguno- los que se niegan a recibir beneficios en materia de educación o salud o a participar completamente en el mercado y se aíslan en zonas inaccesibles. La enorme mayoría nativa e indígena reconoce estos beneficios pero preferiría que surjan desde ellos mismos, bajo sus formas y sentidos.

La investigación de Enrique Mayer sobre la comunidad indígena de

---

Laraos en Yauyos muestra este camino autónomo sin aislamiento. Mayer explica que desde principios de siglo esta comunidad había desarrollado autónomamente una política liberal de privatización de la tierra comunal, manejando cuantiosos fondos como producto de un impuesto interno cobrado a quienes usaban los pastos naturales de la puna. La información que recogió revelaba que, por ejemplo, desde 1906 se pagaba a un cantor para los servicios religiosos, se cubrían los gastos administrativos de la comunidad y se usaba dinero en juicios para defender el territorio comunal. Así, la comunidad pudo construir y equipar la escuela de la provincia entre 1908 y 1910, comprar materiales para la construcción de carreteras en 1914 e, incluso, se daba el lujo de agasajar con sus fondos al diputado de la provincia. En otras palabras, la comunidad conservaba elementos tradicionales mientras adoptaba otros modernos, siguiendo una racionalidad propia. Si bien el autor indica que no siempre sus decisiones mostraron ser exitosas y que el mundo externo les tendió muchas trampas, mantuvieron largos períodos de relativo bienestar económico. La autonomía en la toma de decisiones no los llevó al aislamiento ni a la reclusión en sus costumbres ancestrales sino a una búsqueda del desarrollo sin la ayuda de agentes externos -como las ONG o el Estado- no porque las rechazaran sino porque en esas épocas no había ese tipo de ayuda.

Mayer concluye que una verdadera concepción del desarrollo no es algo externo que hay que llevar a las comunidades atrasadas: más bien se trata de crear las condiciones necesarias para que las acciones surjan naturalmente y se vuelvan, por sí solas, la forma natural de operar. El autor ve como necesario el apoyo del Estado debido a la fragilidad ecológica de los terrenos andinos, factor que limita un desarrollo sostenible. Sin embargo, propugna que las decisiones sean tomadas de manera particular por cada una de estas comunidades.

Por último, el hecho de que las culturas de las poblaciones no sean compartimentos estancos no sólo se aplica a la relación entre las culturas nativas e indígenas y las culturas foráneas sino también a las que se establecen entre poblaciones y culturas dentro del territorio nacional y a las relaciones entre las personas. Al mismo tiempo que las culturas están interrelacionadas, su grado de interrelación y las influencias particulares de cada uno de sus miembros también varía. En una comunidad alejada se da el caso de personas que han tenido mayor contacto con otras realidades, ya sea por su nivel educativo, por los viajes realizados o por las poblaciones de donde provienen ellas o sus padres. Es más, la
heterogeneidad no sólo se da entre grupos o dentro de un mismo grupo sino también en lo que respecta a la identidad individual; esto es, la identidad individual es múltiple. Ello sucede en los diferentes contextos sociales, en la ciudad y en el campo, y tanto en el Perú como en el resto del mundo. A fin de cuentas el sujeto de la elaboración cultural es el individuo. Así, no cabe tratar a la "cultura" o la "sociedad" como la primera persona de estos procesos de interacción: debe tenerse cuidado con la reificación ilícita de tales conceptos. Evidentemente, la cultura opera como una mediación de la conducta entre el sujeto y su contexto. Fuenzalida afirma que la cultura, en cuanto fenómeno colectivo, es un ámbito de comunicación e información que proporciona a los sujetos un conjunto de identidades y conductas apropiadas para la acción más eficaz en cada una de las alternativas previsibles de la acción, asignándoles roles en continuo desplazamiento y siguiendo los cambios del contexto.

1.4. Abordajes teórico-metodológicos sobre cultura y salud

Toda la problemática reseñada sobre las relaciones interculturales atraviesa el vínculo entre los servicios de salud y las poblaciones amazónicas. Más adelante veremos las concepciones y prácticas en salud de las poblaciones que habitan en los valles estudiados -así como la relación que mantienen con los servicios- constatando la heterogeneidad entre las comunidades y al interior de éstas y la coexistencia de elementos modernos y tradicionales de manera distinta en cada grupo. Sin embargo, la imagen idealizada de que todos los individuos resuelven tranquilamente sus problemas de adaptación cultural o de interrelación con otras culturas de modo estable es incorrecta. Más bien muchas veces el diálogo con los “otros” -por ejemplo con los servicios de salud- es difícil y está lleno de fisuras y malentendidos. Cuando el personal de salud se conduce conforme al discurso monocultural en las zonas rurales selváticas, reproduce el desencuentro intercultural histórico entre lo nativo y lo occidental manifestado en las múltiples formas de deserción de usuarios. Ahora vamos a pasar de tratar el problema de la multiculturalidad a las diferentes formas de abordarlo en el trabajo de salud.

La cultura determina la eficacia y efectividad del sistema de salud. Incluso quizá sea el principal determinante, pues todo pasa por el entramado cultural. Sin embargo, los abordajes desarrollados hasta hoy desde el campo de las ciencias médicas y la salud pública en el país no han emprendido investigaciones que muestren el proceso de construcción social y cultural de las enfermedades y de la atención de la salud. En su mayoría, los abordajes han tenido un carácter descriptivo antes que explicativo, especialmente porque no han desarrollado una propuesta teórico-metodológica que incorpore, dentro de una lectura dinámica de las enfermedades en cuestión y de su atención, variables sociales y culturales asociadas con las mismas.

El punto de partida es la tesis sostenida por algunas corrientes sociológicas y antropológicas de que las estructuras sociales e ideológico-culturales tienden a opacar los procesos de la vida cotidiana, contribuyendo a construir ideas colectivas no cuestionadas que operan como un conocimiento compartido, aunque no verificado. De ahí la centralidad de la categoría de lo obvio en nuestra investigación, pues las formas de pensar y actuar en salud se presentan como dadas e inamovibles.

La rutina cotidiana se edifica sobre este gran supuesto de lo obvio. La socialización de los trabajadores y profesionales del sector salud en sus pautas de atención y su repetición continua esfuman el proceso activo por medio del cual arribamos a nuestra forma actual de hacer salud. Sólo resulta visible la dimensión subjetiva del proceso salud-enfermedad-atención cuando aparecen comportamientos por fuera de las pautas institucionalizadas. La brecha entre necesidades y demanda en salud es uno de ellos. Las deserciones de los enfermos a los tratamientos -en ocasiones incluso gratuitos- es otro. Pero, en general, todo el proceso de la atención está plagado de encuentros y desencuentros entre las pautas de lo “normal” y las “desviaciones” de los actores en salud, porque la medicina institucionalizada tiene dificultades para captar los mundos interiores de los pobladores, los pacientes y los propios prestadores con relación al padecimiento y tratamiento de los síndromes señalados.

Éstos son asuntos difíciles de contestar sin apelar al enfoque socioantropológico, que recupera su importancia como una aproximación válida para colaborar en la descripción y explicación de los mundos interiores asociados con las enfermedades y la salud.

Pero en nuestro medio no ha predominado el enfoque socioantropológico
sino el estadístico-descriptivo. Buena parte de la investigación existente sobre estos temas se ha limitado a presentar cuadros estadísticos con comentarios interesantes, pero de carácter simplemente descriptivo. Otras investigaciones han fomentado, saludablemente pero desde otra aproximación alternativa -desde lo macro y microsocial-, una comprensión de los condicionantes y el desarrollo del proceso salud-enfermedad-atención: estudios sobre pobreza y salud, economía política de las enfermedades, políticas de salud, sistemas de salud, programas de salud, diagnósticos integrales locales, análisis de microprocesos. Ambas entradas son de carácter introductorio con respecto al objeto del presente estudio: la enfermedad, la salud y la atención subjetivamente percibidas y socialmente construidas.

Por otro lado, la casi inexistencia de una producción socioantropológica sobre morbimortalidad contribuye a que el análisis centrado en cuántos, quiénes y cómo se enferman acepte interpretaciones basadas en estereotipos, prenociones o prejuicios, sin someterlas a verificaciones sobre los motivos que operaron y operan sobre los comportamientos ni sobre las razones que subyacen a las tendencias generales y la ruptura de los procesos. Hay un punto ciego en la investigación descriptiva que constata post-factum qué pasó pero que no puede introducirse al cómo ni al porqué. Como afirman las ciencias sociales, ese tipo de investigación no puede transitar de la explicación causal a la interpretación del sentido de la acción.

Sobre la base de este bloqueo epistemológico suele instalarse el análisis sincrónico y aislado. De alguna manera las investigaciones detienen el tiempo y aislan la salud y la enfermedad. No se estudia al grupo enfermo como si tuviera una continuidad en su proceso salud-enfermedad individual-colectivo sino como si siempre hubiese sido enfermo de fiebre amarilla, leptospirosis o hepatitis. Se necesitan investigaciones que establezcan un análisis global y particular de las morbimortalidades, y no sólo descripciones y análisis aislados. Si bien se puede reconocer la dinámica particular de los procesos socioculturales y demográficos, la falta de análisis globales que permitan observar el origen y continuidad de los procesos de morbimortalidad constituye una limitación para definir políticas de salud adecuadas para prevenir y controlar las enfermedades estudiadas.

Se advierte, por tanto, el dominio de un enfoque sincrónico, descriptivo y analítico, tanto en el plano general, de grupos, como en el de las causas
específicas. No se cuenta con investigaciones históricas de tipo sociocultural, en particular para el período en que se supone se desarrolla, se aplica y funciona con eficacia la tecnología médico-sanitarista a través de intervenciones programadas como las actuales. Si bien han existido discusiones teóricas sobre la incidencia de los factores económico-políticos y técnicos, no así sobre la incidencia de los procesos socioculturales. Es más, esta dimensión está ausente de los marcos teóricos y los modelos de reforma de los servicios que deberían usarlas; es decir, los proyectos basados en la teoría de la modernización. Cuando los toman en cuenta, los factores decisivos no se refieren a los valores y/o normas sino a la tecnología, y en este caso específico, a la tecnología médico-sanitaria.

De igual manera se ve el dominio de una epidemiología que usa series históricas cortas y que no parece interesada en enfoques de mediana o larga duración histórica. Las series cortas limitan o impiden la producción de explicaciones estructurales o de mayor profundidad. En la coyuntura casi no es posible observar cómo operan las variables o causas económico-políticas o culturales de alta durabilidad, más allá de las evidencias que generalmente no superan el nivel de opinión.

Por otro lado, se viene desarrollando una discusión sobre el uso de factores o estructuras para explicar los problemas de morbimortalidad. Si bien la mera correlación de factores no ha tenido más fuerza que la que surge de una correlación, no cabe duda de que el uso de estructuras (por lo general estratos socioeconómicos) no ha permitido sino plantear generalidades obvias: los pobres mueren más. El empirismo del enfoque de factores no puede oponerse al “fracaso” de las explicaciones estructurales abstractas que no pueden dar cuenta de las particularidades.

Una aproximación histórica que parte de una estructura de relaciones, pero desde una realidad específica, puede convertirse en la forma correcta de integrar las estructuras particulares con las estructuras de mayor abstracción. La convicción de la necesidad de usar las mediaciones, de saber apropiarse de lo general partiendo de lo particular, de aceptar la diversidad no como “desviación estándar” sino como forma de existencia de lo real, de valorar las convenciones intersubjetivas como la forma como discurre la verdadera realidad para la gente, son bases para otra forma de concebir la salud, la enfermedad y la atención.
1.5. Categorías para un abordaje sociocultural

En realidad, el unicausalismo ha sido derrotado como abordaje teórico-metodológico, pero su influencia implícita sigue siendo amplia. Todos hemos terminado por aceptar la necesidad de proyectos multi e interdisciplinarios de investigación e intervención. Se reconoce que la problemática de salud es demasiado compleja como para ser abarcada exclusivamente en forma disciplinaria. Por ello, cada vez más los estudios e intervenciones son llevados adelante por equipos multidisciplinarios que buscan la sintonía y complementación de diferentes modelos explicativos disciplinarios. Pero todos sabemos que la multidisciplinariedad no garantiza la interdisciplinariedad o la transdisciplinariedad.

El hecho de que estemos saliendo de una crisis de la ciencia social latinoamericana puede colaborar en el establecimiento de un diálogo interdisciplinario fecundo. Recordemos que entre los años sesenta y ochenta la polémica teórica confrontaba el biologismo con las ciencias sociales histórico-estructurales. El peso de las ciencias sociales se expresó en los diferentes discursos que impregnaron desde entonces la atención de la salud: la salud comunitaria, la atención primaria y la promoción de la salud\(^{30}\). Sin embargo, en los noventa los niveles de influencia ganados por las ciencias sociales fueron revertidos por la primacía de la economía neoclásica y la crisis del enfoque histórico-estructural. Como afirman Almeida y Paim\(^{31}\), en la mayor parte del continente -salvo en Brasil- los discursos sociales en salud se adelgazaron, lo que afectó la capacidad de formulación de los productores de ideologías sectoriales, que sólo atinaron a elaborar propuestas poco articuladas.

Hoy nos enfrentamos a la posibilidad de una nueva combinación interdisciplinaria por efecto de los nuevos desarrollos en el campo de las ciencias sociales y la crítica neoinstitucionalista al enfoque neoclásico ortodoxo. Aún no se ha definido cómo se anudarán en esta nueva década las disciplinas, escuelas, enfoques, tesis y hallazgos de investigación en el


Sin embargo, aunque es cierto que hoy el péndulo está de retorno hacia un enfoque de salud más integral, el problema es que la salud pública moderna no tiene aún una teoría social de la salud y la enfermedad en las nuevas sociedades subdesarrolladas globalizadas. Sin embargo, desde las ciencia sociales ya han hecho avances importantes en la comprensión de la sociedad globalizada actual. Algunas de sus áreas más dinámicas son la de los “globalistas”32 y la de los postmodernos “filosóficos”33 y “socioculturales”34. Pero la reforma en salud aún no ha acusado recibo de esta profunda revolución teórica: más bien se esfuerza por explorar todas las posibilidades del paradigma técnico-económico.

Esta ausencia relativa de teoría social ha reforzado la epidemiología del daño y ha circunscribo aún más los sistemas de salud a la función prestadora. La reforma no ha tenido un enfoque epidemiológico que la obligue a pensar y actuar desde fuera de la oferta, centrándose en la morbimortalidad manifiesta. Por ello, el establecimiento de prioridades en lo que respecta a los problemas de salud aún consiste en un listado poco articulado de patologías de mayor incidencia o prevalencia. No existe un puente entre los procesos morbosos y sociales, lo que ha reforzado el sectorialismo y ha dificultado la intersectorialidad.


Sin embargo, en estos años la tradición teórica socioantropológica en salud ha seguido un curso distinto al de las teorías societales macro, un curso que tuvo más acumulaciones y superposiciones que rupturas. Desde este terreno hemos captado y reelaborado las categorías centrales de nuestro abordaje que en adelante explicaremos: modelo explicativo médico, modelo de atención, modelo de atención comunitaria, identidad, ciencia-empirismo, relación social y técnica en la atención de la salud.

Existen diversos intentos por abordar la construcción social de la enfermedad desde la medicina, resignificando los conceptos y categorías básicas del modelo explicativo médico. Uno de ellos fue el de Arthur Kleinman, médico psiquiatra que en su célebre libro *Patients and Healers in the Context of Culture* planteó en 1980 que los conceptos médicos básicos variaban de un contexto médico sociocultural a otro, lo que implica que había modelos explicativos sobre la enfermedad que coexistían en una misma sociedad. Habló de tres modelos: el profesional, el tradicional y el popular. Los conceptos básicos de la medicina variaban de un grupo a otro, pues cada uno hacía una significación propia de los mismos para indicar la presencia de una enfermedad. Cada modelo comprendía cinco conceptos: etiología; ocurrencia; fisiopatología; curso de la enfermedad, y diagnóstico, tratamiento y recuperación.

En el presente estudio se ha usado el modelo de Kleinman, añadiendo un sexto componente: la prevención-educación-promoción de la salud, para abarcar el estudio sobre nociones del personal de salud, del paciente y de la red de relaciones primarias de los dos primeros. El modelo explicativo médico sobre el proceso salud-enfermedad-atención en enfermedades que ocasionan los síndromes febril hemorrágico agudo y febril ictérico agudo está compuesto por estos seis elementos.

Sin embargo, en realidad la población y el personal de salud no tienen concepciones, actitudes ni prácticas que constituyan modelos propiamente dichos sino que éstos sólo son un recurso heurístico para adentrarnos en la complejidad de lo que conceptúan, sienten y practican la población y los prestadores de atención. Elementos de estos modelos teórico-metodológicos se dan, se producen, se reproducen, se modifican, se concretan, se legitiman, se deslegitan, se significan y se resignifican en

---

algún lugar y en relación unos con otros. El espacio de esta constante construcción social-cultural de la enfermedad y la salud es toda la comunidad, pero en particular los espacios de interrelación entre personas y grupos involucrados en una relación interaccional y transaccional para enfrentar la enfermedad. Por eso, los directamente involucrados son: (i) el personal de salud (generalmente se conceptúa como el equipo de salud), se trate de profesionales o no profesionales; (ii) el enfermo, y (iii) las familias de los enfermos y del personal de salud. Los esquemas 1 y 2 describen esos momentos de encuentro entre las partes, esquematizándolos como modelos de atención. En esos momentos se da esa relación interaccional y transaccional entre el personal, el equipo de salud y los pacientes, entre el médico, la enfermera, el técnico y el paciente, entre grupos y entre individuos respectivamente (relación pensada colectiva e individualmente). Como se puede apreciar, la única diferencia entre los gráficos es quién entra dónde. Esta aparente similitud ha sido objeto de problematización por el estudio.

**Esquema 1**

*Modelo de Atención: el encuentro entre el sujeto interventor y el objeto intervenido*
En los esquemas se puede observar que hay elementos que median la relación entre sujeto de la intervención y objeto de la intervención, individual y colectivamente. Estos elementos se pueden apreciar como relaciones entre las partes y como mediadores entre las relaciones. Por eso, los estudios socioantropológicos diferencian la relación social y la técnica. La primera -la relación social- abarca la eficacia simbólica de la relación entre las partes. Las relaciones sociales se desarrollan conforme a reglas sociales que actúan en el inconsciente de las personas, dado que éstas han pasado por un proceso de socialización o culturización acerca de la curación, de lo médico, de la enfermedad, del dolor y de la muerte. La segunda -la relación técnica- considera exclusivamente las cosas elaboradas desde el aparato médico-sanitario para intervenir al paciente y que, de alguna manera, legitiman su saber y su conocimiento frente al otro.\footnote{Menéndez, E.L. Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. México D.F.: Alianza Editorial Mexicana 1990.}

Como se puede apreciar en el esquema, la relación técnica comprende las actividades de atención y los insumos, instrumentos y protocolos.
necesarios para cumplir con las actividades de curación, prevención, educación y promoción. Estos esquemas ayudan a investigar detalladamente el momento de encuentro entre las partes, deshaciendo el momento de interacción y transacción.

Por otro lado, para ser coherentes con el objeto del estudio se han usado los tres modelos reseñados –el modelo explicativo médico, el modelo de atención y el modelo de atención comunitaria– haciendo explícito el eje que subyace a nuestro interés y que otorga coherencia a los conceptos mencionados: el eje ideológico-cultural. Desde este eje se analizan las tensiones entre los grupos-individuos, los discursos-textos (análisis y eficacia simbólica de los contenidos comunicacionales) y los modelos cognitivos y la realidad o realidades. Éste ha sido el último componente del contexto explicativo desarrollado para abordar este estudio, que denominamos, conforme a Van Dijk$^{37}$, marco ideológico-cultural.

En la mayoría de estudios socioantropológicos este componente es el más difícil de concretar, por su carácter generalmente elusivo, no empírico y no objetivable, si lo pensamos en términos de ciencia e investigación positiva cuantitativa o cualitativa. Afrontar este marco ideológico-cultural en salud para las enfermedades señaladas aún es un tema inédito y, sin embargo, dominarlo permitirá lograr una mayor eficacia en las intervenciones.

---

Por último, hay un componente implícito en estos esquemas: el de la identidad, porque este estudio requirió un análisis del “otro”, cuyas concepciones, actitudes y prácticas se desconocen debido a que son implicitamente diferentes que las de los formuladores del sistema de vigilancia sindrómica en Ayacucho y Cusco, tan distintas que se necesita un estudio para develar sus diferencias. Por otro lado, el estudio del “perfil del personal de salud” nos lleva a indagar sobre la identidad del “nosotros”, del personal de salud. Obviamente, el ir y venir de la comunidad a los prestadores y la interacción entre grupos socioculturalmente diferentes, obligan a reconocer que estamos frente a dos grupos: uno médico (genéricamente hablando) y otro de enfermos con los síndromes señalados, que tienen dificultad para reconocerse mutuamente. En consecuencia, podríamos decir que ambos viven en dos realidades distintas y que la investigación trató de fluir permanentemente entre el mundo de la ciencia y la no ciencia, entre el saber científico y el no científico.

Sin embargo, está demostrado que esta diferencia entre ciencia y no ciencia es sólo relativa, pues es posible que tanto el personal de salud como el enfermo con síndrome hemorrágico-ictérico tengan pensamiento científico y no científico. Los estudios socioantropológicos reconocen que
unos y otros pueden ser sujetos de procesos de subjetivación y objetivación al interior de cada grupo y desde un grupo hacia el otro. Por eso, la gente se define con términos como “nosotros somos así”, “no todos somos así”, “ellos son así”, “no todos ellos son así”. Por tanto hay que pensar las relaciones entre ciencia y no ciencia como una relación compleja y simbiótica más que en términos dicotómicos, como generalmente se la piensa.

En conclusión, a partir de esta problematización de los enfoques generalmente usados y los elementos reseñados de una conceptualización socioantropológica nos acercamos a la compleja problemática cultural que implican las enfermedades con síndromes febril hemorrágico y febril ictérico agudo. La matriz de categorías mostrada se integró en un esquema de tres momentos en los que se subdividió el proceso para su estudio: (i) la línea base sociocultural, denominada nosología popular, que constituye el background cognitivo y cultural, individual y colectivo sobre los síndromes y enfermedades en estudio; (ii) el itinerario terapéutico del enfermo y su entorno, reconstruido desde casos reales o experiencias de las comunidades de brotes previos, estudiando a su vez el sentido de la acción y motivaciones de las opciones de pacientes, familiares, amigos e integrantes de sus comunidades, y (iii) las interacciones y transacciones ocurridas a raíz del padecimiento, analizando los tipos de relaciones surgidas o reforzadas y el cómo y porqué de las mismas.
Capítulo 2

Sociedad, salud y enfermedad en los valles del río Apurímac y La Convención

El estudio ha mostrado la enorme importancia del nuevo sistema de vigilancia sindrómica que viene llevando a cabo el Ministerio de Salud, en tanto sistema de alerta precoz superior a la vigilancia de enfermedades en que se viene basando hasta ahora la vigilancia epidemiológica. Sin embargo, si se examina el problema de la vigilancia desde el ángulo de las ciencias sociales en salud y de la salud pública, la vigilancia de síndromes sigue siendo una vigilancia de casos, pues si bien ya no se trata de enfermedades sino de síndromes con signos y síntomas -lo que constituye un enorme avance- el sistema de salud local sigue esperando la enfermedad. Así, la epidemiología se limita a sí misma a una tarea de corto plazo de eliminación del brote, cuando podría pasarse a una vigilancia de riesgos poblacionales, como proponemos, que no anula la vigilancia de daños pero la rebasa y permite mejores resultados.

Obviamente ello supone un dominio progresivo de la dinámica de la salud y la enfermedad en cada región o espacio-población. El tránsito del enfoque de daños al enfoque de riesgos pone énfasis en una visión georreferenciada de la vigilancia y de la atención y una visión intersectorial de la tarea de la salud, pues los daños no aparecen al azar sino en alguna medida como expresiones de una estructura de riesgos para la salud que está presente en la forma de vivir, producir y relacionarse de la gente de una zona o región. Es esa estructura la que deseamos develar en estos capítulos para los casos del valle del río Apurímac y La Convención.

El estudio ratificó que tanto el valle del río Apurímac como el de La Convención tienen características que casi siempre se presentan en la ceja de selva: la existencia de poblaciones no sólo fijas -como en el resto del país- sino de importantes poblaciones flotantes; la presencia viva del multiculturalismo dada la convergencia de migrantes procedentes de distintos grupos y regiones del país; la situación de pobreza generalizada, mayor en Ayacucho pero generalizada entre los colonos y nativos de ambas zonas; la filosofía de descuido corporal surgida de las condiciones de la tarea agrícola, que en las condiciones socioeconómicas establecidas exige
el sobreesfuerzo como condición de reproducción; la condición de analfabetismo en porciones importantes de sus poblaciones; y la alta dispersión poblacional, y el asentamiento territorial precario, lo que impacta directamente en la salud de la población. A ello se agrega, en el caso del valle de San Francisco, la trayectoria ligada a la violencia política y el narcotráfico. Todas estas características constituyen un patrón de vida no saludable diferente al urbano -e incluso al serrano- que constituye todo un desafío para la construcción de un sistema de atención y vigilancia. Las particularidades de la franja de ceja de selva y de estas zonas especiales exigen repensar si son aplicables los enfoques, modelos e instrumentos sanitarios que se usan en el resto del país. Veamos los componentes de este cuadro en ambos valles.

2.1. Sociedad, salud y enfermedad en el valle del río Apurímac

El valle del río Apurímac, generalmente denominado valle de San Francisco- se sitúa en un punto de intersección entre tres departamentos: Ayacucho, Cusco y Junín. Más allá de estos linderos jurídicos, la unidad social y económica real es el valle del río Apurímac-Ene, que compromete las provincias de La Mar y Huanta en Ayacucho, una parte de la provincia de La Convención en el Cusco y otra de la provincia de Satipo, del departamento de Junín37. El ámbito de nuestro estudio fue más delimitado: comprendió los distritos de Ayna, Santa Rosa, San Miguel y Anco de la provincia de La Mar, el distrito de Sivia de la provincia de Huanta y el distrito de Kimbiri de la provincia de La Convención. En ese espacio de 5174 km² viven 103 000 personas cuya dinámica y características socioculturales todavía son un flanco descubierto para los servicios públicos que las atienden.

El cuadro social y sanitario del valle de San Francisco que vamos a mostrar comparte con algunas zonas de la ceja de selva del país las características poblacionales señaladas. Lo particular de este valle con respecto a La Convención es su trayectoria de violencia y narcotráfico. Se puede decir que la zona ya pasó lo peor: desde 1994 se ha abierto una etapa de retorno a la normalidad en la zona. Pero la “normalidad” del valle es una “anormalidad crónica”: estar siempre al borde de dos mundos, atravesados

por la ilegalidad e informalidad y en la frontera de la exclusión. Veamos los componentes de este cuadro.

*La inaccesibilidad geográfica e incomunicación relativa, frenos para el crecimiento económico y el desarrollo humano y social*

El valle de San Francisco es una zona relativamente incomunicada. Su vía de acceso más importante es la terrestre, mediante la carretera que une la ciudad de Ayacucho con el puerto de San Francisco. Sólo ocasionalmente se puede arribar a la ciudad de San Francisco -capital de la provincia de La Mar- por vía aérea. En décadas pasadas hubo tres aeropuertos en el valle: el de la hacienda Teresita, frente a San Francisco; el de la hacienda Luisiana, y el de Sivia, promovido por los padres franciscanos. Pero la verdad es que en términos reales actualmente no existe el transporte aéreo, por lo menos legal. Desde San Francisco parte una limitada red de vías terrestres hacia las capitales de distrito, vías que en realidad son trochas carrozables en mal estado. Cabe aclarar que la carretera desde Ayacucho llegó a San Francisco en 1964: antes sólo se llegaba allí con mulas 38. Por otro lado, acaba de terminarse el asfaltado de la carretera San Francisco-Huamanga-Libertadores, con lo cual la comunicación ha mejorado algo.

Sin embargo, la red de comunicación más amplia y antigua en la zona es la fluvial. Las carreteras sólo llegan a algunas capitales de distrito, pero la vía más común de acceso a las comunidades y pueblos del valle es través de los ríos y sus afluentes. No siempre hay botes para todos los puntos a lo largo de los ríos, por lo que a veces se debe esperar varios días para el retorno. Pero la comunicación fluvial lleva a los puntos más distantes, aquellos a los cuales no se llega por vía terrestre.

La inaccesibilidad geográfica y la relativa incomunicación definitivamente frenan el crecimiento económico y el desarrollo humano y social de la zona, pero además condicionan fuertemente la cultura de la población del valle objeto de nuestro estudio, pues la cultura de la zona pertenece a la denominada “etapa de las culturas territoriales”, en que las identidades se relacionan con determinados espacios y las mezclas e hibridaciones todavía son diferenciables. La raza o etnia y la cultura todavía coinciden,  

38 Zúñiga, Roger; Atilio Severo de la Cruz Aguado. “Feria de San Francisco-Apurímac”. Ayacucho: Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, tesis para optar el título profesional de Antropólogo 1978, p. 16.
si bien ya no hay culturas puras. Por eso en estas zonas se habla de tres tipos socioculturales: colonos serranos, migrantes temporales y nativos.

La globalización actualmente en proceso ha hecho que las relaciones entre estas culturas territoriales se multipliquen exponencialmente. Algunos creyeron que con esto terminarían las heterogeneidades culturales y se impondría una homogeneización cultural. No ha sucedido así, pero de todos modos la cultura se ha convertido, como afirma García Canclini\textsuperscript{39}, en “un proceso de ensamblado multinacional”. Al mismo tiempo asistimos a la potenciación del multiculturalismo y al acortamiento de las distancias entre lo propio y lo ajeno.

El valle de San Francisco encierra una paradoja cultural, porque aunque está muy involucrado en aspectos de la globalización debido al narcotráfico, en cierta medida se ubica en la etapa previa a la modernidad industrial con relación a su status productivo y cultural. La región aún no ha logrado su plena integración nacional. En general el valle del río Apurímac está en una fase previa a la de la modernidad y en un tránsito infinito de lo premoderno a lo moderno. Por tanto, la relativa incomunicación condiciona todas las dimensiones de la vida social en el valle, pues dificulta el traslado de bienes y personas, lo que empobrece a la región por los sobrecostos del transporte y, en el caso de salud, eleva la inaccesibilidad geográfica a los establecimientos de servicios.

Pero la relativa incomunicación también es una condición cultural en que la geografía agreste hace más lenta la dinámica de relaciones sociales y promueve un ritmo desfasado con respecto al ritmo nacional y mundial. Como han explicado Habermas\textsuperscript{40} y otros, en la premodernidad todavía no hay un gran desarrollo de la esfera pública. Lo peculiar de la selva es que a ello se añade el tipo de asentamiento territorial disperso. Por eso en el valle de San Francisco las ferias dominicales han sido tan importantes como espacios de comunicación. Así, los problemas de acceso y comunicación resultan un freno para el crecimiento productivo, para el mejoramiento de la calidad de vida y para el surgimiento de una dinámica de relaciones sociales en la que se generen sociedad civil, ciudadanía y desarrollo humano.


\textsuperscript{40} Habermas, Jürgen. Historia y crítica de la opinión pública. La transformación estructural de la vida pública. Barcelona: Editorial Gustavo Gili S.A. 1981.
La situación de salud no saldrá de su situación defensiva en San Francisco mientras no se afecte este piso material y comunicacional sobre el cual se recrea continuamente la enfermedad. Lo paradójico de nuestros servicios de salud es que vienen modernizándose sin que los contextos sociales en los que se desenvuelven hagan lo propio. Así, los servicios pueden llegar a contar con una gestión gerencial, infraestructura de material noble, comunicación radial, internet, telefonía, televisión o programas de capacitación permanente, pero sus contextos están fuera de esta revolución tecnológica. La investigación fue motivada precisamente por esta brecha cultural entre proveedores de servicios y usuarios o pacientes.

**Población pobre, predominantemente rural, de baja densidad, alto analfabetismo y acceso limitado a servicios básicos**

La población de la zona es pobre, registra para la provincia de La Mar un porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas del orden del 91%. Estos porcentajes son de 78,4% en la ciudad y de 96% en el campo.\(^{41}\)

La población de La Mar es principalmente rural (71,2%), sobre todo en los distritos de Anco, Sivia y San Miguel. El distrito de Ayna -sede de la capital provincial, San Francisco- es el de menor proporción rural (49%), pero en general los distritos del valle son fundamentalmente rurales. Su densidad poblacional es de 16,54 hab./km\(^2\), y en los distritos bajo estudio es baja. Anco y Sivia son los de menor densidad (11,13 y 13,65 hab./km\(^2\), respectivamente), lo que refleja las condiciones propias del lugar: Anco es un área selvática pobre, mientras que Sivia es una zona de sierra también bastante pobre y, además, durante la década pasada sufrió en forma importante el impacto del terrorismo.

La población es muy joven. La mayor proporción de pobladores menores de quince años se encuentra en los distritos de Anco y Sivia (46,7% y 43,2% respectivamente). Sin embargo, todos los distritos del valle tienen una proporción similar de población joven: alrededor del 43%. Esta situación influye especialmente en los aspectos económicos, sociales e, incluso, sanitarios e incide directamente en la razón de dependencia, que relaciona

la población trabajadora con la población no laboral. La razón de dependencia más alta es la de Anco -con 0,88 personas dependientes por cada trabajador- y la más baja la de Santa Rosa, con 0,7 personas por cada trabajador.

En las dos últimas décadas, la población ha experimentado notables migraciones de salida y entrada. En el ámbito de estudio, Ayna y San Miguel revelan tasas de crecimiento intercensal negativas entre 1981 y 1993 (de -3,2% y -0,1% respectivamente), mientras que Santa Rosa creció en el mismo período 9,1%, Kimbiri 5,5% y Sivia 3,8%. Para la provincia de La Mar, se registra una inmigración de 6400 personas y una emigración de 8500 personas entre 1988 y 1993. Sin embargo, estas cifras son mucho menores que las evidencias disponibles sobre refugiados y desplazados por la guerra. Estos flujos poblacionales han tenido relación con la presencia del narcotráfico y la subversión en la zona, además de la búsqueda de nuevos espacios de colonización hacia el sur (Santa Rosa), norte (Sivia) y oriente (Kimbiri). Los lugares de origen de la población migrante proceden fundamentalmente de las comunidades altoandinas de La Mar y Huanta.

La provincia de La Mar presenta una de las mayores tasas de analfabetismo del país: 39%, especialmente en la población femenina. En 1993, la tasa de analfabetismo en los mayores de quince años en el distrito de Ayna era del 28%, en Santa Rosa del 31,1%, en San Miguel del 38,9%, en Anco del 37,7%, en Sivia del 33,6% y en Kimbiri del 30,8%. Del grupo estudiado, Ayna -el distrito capital- es el que presenta menor analfabetismo (28%) y mayor población con primaria completa (aproximadamente una de cada dos personas). La población de quince años o más con primaria completa era del 49,4% en Ayna, de 41,2% en Santa Rosa, del 37,4% en San Miguel, 35,4% en Anco, 38,1% en Sivia y 39,1 en Kimbiri. En 1993 la tasa de analfabetismo en el departamento de Ayacucho era de 32,7%, mientras que en el país era de 12,8%.

---

El acceso a los servicios de saneamiento básico en la provincia de La Mar es limitado. Las estadísticas registran que el 74,1% de las viviendas no cuenta con desagüe, porcentaje que asciende al 60,2% en el área urbana y al 79,5% en el área rural\textsuperscript{46}. Por otro lado, de las 16 022 viviendas particulares que hay en la provincia de La Mar sólo 1852 se abastecían de agua a través de la red pública; 9600 usaban agua de río, acequia o manantial, y 3190 la extraían de pilones de uso público\textsuperscript{47}. Es evidente que esta situación genera riesgos.

Los indicadores sanitarios muestran que la tasa global de fecundidad es de 5,7 hijos por mujer (casi el doble que el promedio nacional y mayor que la del departamento de Ayacucho, de 4,4 hijos por mujer). La tasa de mortalidad infantil es de cien por cada mil nacidos vivos (dos veces y media mayor que la tasa de mortalidad infantil del país), y la tasa de mortalidad materna es de 331 por 100 000 nacidos vivos (25% mayor que la del país). Estos indicadores reflejan el precario estado sanitario de esta zona, y en la población nativa son aún más críticos: durante su vida reproductiva cada mujer nativa tiene 9,2 hijos como promedio y la tasa de mortalidad infantil refleja que un niño nativo menor de un año tiene 3,5 veces más riesgo de morir que cualquier otro niño peruano. La esperanza de vida en el departamento de Ayacucho fue de 61,9 años en el quinquenio 1995-2000: 59,5 años para los varones y 64,2 para las mujeres\textsuperscript{48}. 

Indicadores sociodemográficos y económicos de la zona de investigación en el valle del río Apurímac

<table>
<thead>
<tr>
<th>Indicador</th>
<th>Ayna</th>
<th>Santa Rosa</th>
<th>San Miguel</th>
<th>Anco</th>
<th>Sivia</th>
<th>Kimbiri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Datos generales</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Superficie (km\textsuperscript{2})</td>
<td>265,73</td>
<td>335,18</td>
<td>902,98</td>
<td>1 098,20</td>
<td>1 437,10</td>
<td>1 134,69</td>
</tr>
<tr>
<td>Población (hab.)</td>
<td>39 057</td>
<td>12 488</td>
<td>20 541</td>
<td>12 226</td>
<td>19 623</td>
<td>29 058</td>
</tr>
<tr>
<td>Densidad poblacional (hab./km\textsuperscript{2})</td>
<td>34,08</td>
<td>37,26</td>
<td>22,75</td>
<td>11,13</td>
<td>13,65</td>
<td>25,61</td>
</tr>
<tr>
<td>Región natural</td>
<td>Selva alta</td>
<td>Sierra /</td>
<td>Sierra /</td>
<td>Sierra /</td>
<td>Selva alta/</td>
<td>Selva alta</td>
</tr>
</tbody>
</table>

\textsuperscript{46} INEI. "Estadísticas regionales y departamentales 1998-99". Lima: INEI, cuadro 2.9.
\textsuperscript{47} INEI. "Estadísticas regionales y departamentales 1998-99". Lima: INEI, cuadro 5.9.
\textsuperscript{48} INEI. "Estadísticas regionales y departamentales 1998-99". Lima: INEI, cuadro 2.7.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Indicadores demográficos</th>
<th>Selva alta Terrestre</th>
<th>Selva alta Terrestre</th>
<th>Selva alta Terrestre</th>
<th>Sierra Fluvial Terrestre</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Vías de acceso</td>
<td>Terrestre</td>
<td>Terrestre</td>
<td>Terrestre</td>
<td>Fluvial</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Selva alta</td>
<td>Selva alta</td>
<td>Selva alta</td>
<td>Sierra</td>
</tr>
<tr>
<td>Población menor de 15 años</td>
<td>3 840</td>
<td>5 149</td>
<td>8 761</td>
<td>5 721</td>
</tr>
<tr>
<td>Población menor de 15 años/población total (%)</td>
<td>42,40</td>
<td>41,29</td>
<td>42,65</td>
<td>46,79</td>
</tr>
<tr>
<td>Población de 15 años o más</td>
<td>5 217</td>
<td>7 339</td>
<td>11 780</td>
<td>6 505</td>
</tr>
<tr>
<td>Varones (%)</td>
<td>53</td>
<td>54</td>
<td>51</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td>Mujeres (%)</td>
<td>47</td>
<td>46</td>
<td>49</td>
<td>49</td>
</tr>
<tr>
<td>Tasa de crecimiento intercensal</td>
<td>-3,20</td>
<td>9,10</td>
<td>-0,10</td>
<td>0,60</td>
</tr>
<tr>
<td>Población rural (%)</td>
<td>49</td>
<td>61</td>
<td>69</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>Grupos nativos presentes</td>
<td>Asháninka</td>
<td>Asháninka</td>
<td>Asháninka</td>
<td>Asháninka</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Indicadores socioeconómicos

<table>
<thead>
<tr>
<th>Indicadores socioeconómicos</th>
<th>Selva alta Terrestre</th>
<th>Selva alta Terrestre</th>
<th>Selva alta Terrestre</th>
<th>Sierra Fluvial Terrestre</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Razón de dependencia</td>
<td>0,74</td>
<td>0,70</td>
<td>0,74</td>
<td>0,88</td>
</tr>
<tr>
<td>Tasa de analfabetismo en mayores de 15 años (%)</td>
<td>28,00</td>
<td>31,10</td>
<td>38,90</td>
<td>37,70</td>
</tr>
<tr>
<td>Población de 15 años o más con primaria completa (%)</td>
<td>49,40</td>
<td>41,20</td>
<td>37,40</td>
<td>35,40</td>
</tr>
<tr>
<td>PEA/población total (%)</td>
<td>40,00</td>
<td>38,00</td>
<td>33,00</td>
<td>28,19</td>
</tr>
<tr>
<td>Hogares con al menos un artefacto electrodoméstico (%)</td>
<td>64,80</td>
<td>66,50</td>
<td>68,19</td>
<td>68,10</td>
</tr>
<tr>
<td>Población de 15 años o más ocupada en agricultura (%)</td>
<td>51,30</td>
<td>76,30</td>
<td>71,30</td>
<td>89,50</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: INEI.

La cultura de descuido corporal como condición de aprovechamiento de la renta diferencial o sobreganancia agrícola de exportación

El valle del río Apurímac siempre ha seguido la suerte de sus productos de
exportación. Históricamente, los ciclos de productos agrícolas orientados a la exportación hasta la segunda mitad del siglo XX fueron el barbasco en los cincuenta, el café en los setenta, el cacao y el ajonjolí -éste último también para el mercado interno- en los ochenta, y la coca para el narcotráfico en los ochenta y noventa. En este lapso, los productos orientados al mercado interno fueron la caña de azúcar y la coca en los cincuenta, la ganadería en los sesenta (impulsada por el Estado en la margen derecha del río Apurímac durante el período de colonización “ordenada”), y el maíz amarillo y maní entre 1975 y 1980. La actividad pecuaria mayor y menor orientada al mercado local y/o nacional nunca tuvo una importancia destacada, y la actividad forestal maderera tampoco, aunque se ha dado un intenso proceso de deforestación49.

Cada producto de exportación tiene sus etapas de auge y decadencia. Así, el barbasco se expandió hasta que fue reemplazado por insecticidas químicos, y el café, que había sido introducido en la década de 1930, recién adquirió importancia luego de los sesenta con el auge en los precios internacionales. Actualmente, en el valle del Apurímac los productos más importantes son el café, el cacao y la coca, todos ellos destinados a la exportación en un 100%. Obviamente hay otros productos de menor importancia que se exportan menos fuera de la zona: se calcula que sólo el 2% de la producción se dedica al autoconsumo50.

Actualmente la población se dedica básicamente a la agricultura. Como se aprecia en el cuadro anterior, el porcentaje de la población mayor de quince años ocupado en agricultura es de 89% en Anco, de 79,9% en Sivia, de 76,3% en Santa Rosa, de 71,3% en San Miguel y de 70,3% en Kimbiri. Sólo en el distrito de Ayna dicha proporción es menor (50%) en razón de la población urbana de San Francisco. Las tasas de ruralidad también son altas: oscilan entre el 61% en Santa Rosa y el 97% en Anco.

Esta característica agrícola de exportación del valle condiciona directamente la salud de la población porque la impulsa a una cultura de descuido corporal como condición de aprovechamiento de la renta diferencial o sobreganancia que le otorga la feracidad del suelo y su especialización ventajosa en determinados productos. Ello se hace más evidente en los períodos de siembra y cosecha, cuando el sobreesfuerzo corporal se convierte en una necesidad para la participación en la riqueza

50 Zúñiga, Roger; Atilio de la Cruz, ob. cit., p. 51.
Lamentablemente el colono residente o temporal no logra escapar de la situación de pobreza que lo motivó a emigrar desde sus provincias ayacuchanas originarias. Los refugiados migraron a causa de la guerra, pero los colonos lo hicieron desde mucho antes para escapar de la sobreexplotación y la autoexplotación agrarias. Una vez ubicados en el valle de San Francisco no han podido salir de esta condición de reproducción de sobrevivencia. Los desplazados de las zonas altinas ayacuchanas, pese a emigrar hacia las zonas más productivas, tampoco logran aprovecharlas. La renta promedio de la coca, el café y el cacao se sitúa por encima de la normal en el país, pero ésta sólo es realizable en los mercados externos y requiere de un know how que no está al alcance del productor agrícola, y menos aún del jornalero. Son los intermediarios quienes tienen un nivel de inserción en las redes internacionales o nacionales, lo que les permite subordinar a los productores agrarios. Esto es más notorio en el caso de la renta ilegal de la coca. Aislado en la selva por propia decisión, el colono no puede salir de este nuevo círculo vicioso de la pobreza, diferente del que lo aprisionaba en su tierra natal. Así, la población de la zona de San Francisco no aprovecha la riqueza estacional que genera en las etapas de precios altos.

El desplazamiento de los nativos por los nuevos “conquistadores”, los colonizadores serranos

Los pobladores más antiguos de la zona son los asháninkas, etnia amazónica de la familia lingüística arawak51. Actualmente representan 2,8% del total poblacional y se encuentran distribuidos en los distritos de Sivia, Ayna y Santa Rosa.

Sin embargo, los pobladores del valle en su mayor parte son migrantes y descendientes de migrantes serranos. En realidad, la población actual del valle surge del desplazamiento de su población nativa original por sucesivas colonizaciones de migrantes serranos provenientes principalmente de las provincias altas del departamento de Ayacucho. Hay

aquí, en la ceja de selva y selva en general, una inversión histórica de roles en que el nuevo conquistador es el colonizador andino, que en sucesivas oleadas empuja siempre hacia el oriente a los pobladores nativos. Hasta hace veinte años las márgenes izquierdas de los ríos eran de colonos y las márgenes derechas de nativos, pero eso ha variado. En el valle del río Apurímac, entre 1979 y 1980 un fuerte contingente de ayacuchanos atravesó el río y se estableció en las márgenes derechas del río, quebrando la frontera entre colonos y nativos.

Varios estudiosos han revelado la sucesión de oleadas de asentamiento de colonos en el valle del Apurímac-Ene. Según Jeffrey Gamarra se habrían dado tres tipos de oleadas migratorias sucesivas: la primera, de los hacendados criollos serranos, que habría durado hasta la década de 1940; la segunda, de campesinos medios ayacuchanos, que abarcó desde 1950 hasta 1970, y la última, desde mediados de los setenta hasta hoy, de campesinos pobres y "refugiados económicos y políticos" desplazados por la crisis agraria ayacuchana y la violencia terrorista.

Está establecido que hasta el siglo XIX el valle tuvo dos economías muy diferenciadas: una economía de subsistencia y una economía de exportación al mercado regional y nacional, y que históricamente ha sido un centro productor de coca. La forma de explotación del valle era a través de haciendas. Hacia 1799 había más de cien haciendas de cocales en el valle, y en 1826 se contabilizaron más de 170 haciendas cocaleras. Este esquema de ocupación precaria sin colonización propiamente dicha cedió terreno, entre fines del siglo pasado y el primer tercio del presente, a la primera oleada migratoria hacia el río Apurímac. Esta oleada abarcó el distrito de Ayna, llegó hasta Sivia, a orillas del río Apurímac, en la provincia de Huanta, y se extendió posteriormente a Anco y Chungui, en la provincia de La Mar. Los colonos se establecieron en la margen izquierda del valle de Apurímac en zonas de sierra como Acon, Calicanto y Ayna. Los

gobiernos de entonces apoyaron esta colonización con dispositivos legales. En 1899 Nicolás de Piérola promulgó la Ley de Tierras de Montaña, y en diciembre de 1909 Leguía dio igualmente la Ley de Terrenos de Montaña 1220. En Ayna se estableció una oficina de "Delegación de Tierras de Montaña", donde los colonizadores serranos acudían a legalizar su apropiación de tierras. Ante esta invasión legalizada, los campas y las minorías étnicas fueron emigrando hacia zonas más lejanas. La coca y la caña de azúcar eran los principales cultivos y el comercio estaba a cargo de arrieros. El intercambio se hacía a través del trueque o por hojas de coca o aguardiente. Esta etapa duró los primeros cuarenta años del siglo XX 57, 58.

La segunda oleada colonizadora se dio entre los cuarenta y mediados de los sesenta y fue motivada principalmente por el cultivo de cubé. De la raíz del cubé se extrae el barbasco, que tiene un alto contenido de retenona, insecticida natural contra insectos de sangre fría. Este producto había adquirido importancia en el mercado internacional y era muy rentable. Durante esta oleada se ocupó la ceja de selva de la provincia de La Mar, llegando por el sur hasta Luisiana y Santa Rosa, a orillas de río Apurímac, y por el norte hasta Triboline, en la provincia de Huanta, y San Martín de Pangoa, en la provincia de Satipo, departamento de Junín 59. La hacienda Teresita era la más grande del valle, con tres mil hectáreas, y se dedicaba exclusivamente al cubé, empleando a alrededor de mil peones y doscientos arrieros. Con el auge de los años cincuenta se inauguraron tres aeropuertos en el valle: el de la hacienda Teresita, el de la hacienda Luisiana y el de Sivia 60. En los años sesenta hubo otra colonización de diferente tipo promovida por el Estado: la colonización planificada de Pichari. El plan original de esta colonización de la margen derecha previó el asentamiento de 2063 familias colonizadoras en igual número de parcelas 61.

La tercera ola migratoria se produjo entre 1965 y 1980 y representó el

mayor crecimiento poblacional en la historia del valle. Ello se vio favorecido por la culminación en 1964 de la carretera Huamanga-Tambo-San Francisco, de 185 kilómetros, y por los buenos precios internacionales del café y el cacao. Tres elementos nuevos reconfiguraron entonces el valle. El primero fue el fin del auge del cube y el inicio de la etapa de predominio del café, que llevaría al Perú a ubicarse como el tercer productor de café en el mundo. El segundo fue la ubicación de los nuevos colonos por primera vez en ambas márgenes del río Apurímac, desde Sivia y Pichari hasta Santa Rosa, Luisiana y Palmapampa, que nuevamente expulsó a los nativos selva adentro. El tercero fue el inicio del conflicto entre inmigrantes y hacendados por la falta de tierras. Empezaron a darse algunos casos de invasiones de haciendas, como pasó en 1958 con la hacienda Vista Alegre o en 1969 con la fundación Risco-Juscamaita62. Un sector de hacendados comenzó a vender sus tierras y empezó el fin del sistema de haciendas.

A los colonos campesinos provenientes de las partes altas de Ayacucho, Huanta y La Mar se sumaron en este período los medianos y pequeños comerciantes que establecieron ferias en los diversos pueblos y asentamientos que fueron surgiendo. Es en este punto donde se produjo por primera vez una inversión de pesos, en que los comerciantes e intermediarios de los productos del valle empezaron a subordinar a los productores, comprando con anticipación las cosechas o acopiando los productos para manipular los precios. Primero fueron los pequeños y medianos comerciantes y luego los grandes intermediarios. Ante esta situación, los productores formaron cooperativas o asociaciones de productores con el fin de apoyar la comercialización directa del café. Entre 1970 y 1971 se fundaron tres cooperativas con 2751 socios. En 1975 se fundó la Asociación de Pequeños Agricultores para contrapesar el poder del gran comercio. En 1976 se organizó la Federación Campesina del Valle del Río Apurímac (FECVRA), que tuvo una gran actividad no sólo gremial sino también comercializadora hasta 1983, año de inicio de la guerra abierta en el valle63.

A diferencia del período previo, los migrantes colonizadores que vinieron en esta tercera oleada migratoria eran migrantes definitivos que llegaban con toda su familia y construían residencias al lado de sus parcelas.

Décadas atrás los colonizadores venían por temporadas y volvían a sus lugares de origen. Ahora todos entraban a la dinámica fluida de apropiación de las tierras mediante denuncios, exploración agrícola-comercial y veloz concentración y compra-venta de las tierras en la zona. La sucesión de años buenos y malos, de quiebras de los agricultores, de oportunidades fugaces aprovechadas y desaprovechadas, de riquezas efímeras y de pobreza crónica se repite en casi todas las biografías familiares.

En esta evolución del valle, el puerto de San Francisco siempre tuvo un papel central por ser la cabecera fluvial de la zona. Fundado primero con el nombre de Puerto Progreso, en 1964 cambió su nombre por San Francisco en homenaje a la orden franciscana, que había tenido un papel muy importante en la colonización de la zona. En las últimas tres décadas San Francisco se fue transformando paulatinamente: su feria dominical se convirtió en una actividad comercial más permanente. Así, las migraciones campesinas atrajeron las migraciones de comerciantes.\(^{64}\) Fueron llegando al puerto comerciantes que iban estableciéndose y participaban en las ferias temporales aledañas de Ayacucho, Tambo, San Miguel, Huanta, Huancayo, Huancavelica, Andahuaylas y otros lugares.\(^{65}\)

**El período de postguerra en el valle del río Apurímac: el retorno a la crisis estructural**

El valle de San Francisco viene de haber vivido el infierno de la guerra subversiva en su forma más cruda. La derrota de Sendero Luminoso entre 1990 y 1993 abrió el actual período histórico en el valle del río Apurímac. Así, la historia de las dos últimas décadas del valle ha tenido dos etapas: (i) un período de guerra abierta y grandes desplazamientos poblacionales (1983-1993), y (ii) un período de secuelas de la guerra y retorno progresivo a la situación previa (1994-2000).

En realidad, sólo ahora el valle está retomando sus labores económicas y agrícolas. Entre 1983 y 1993 la población abandonó en forma masiva miles de hectáreas y debió refugiarse en algunas ciudades a la manera de las “aldeas estratégicas” vistas en otras guerras. Ponciano del Pino relata

---

\(^{64}\) Zúñiga, Roger; Atilio de la Cruz. *Ibidem*, 1978, p. 33.

extraordinariamente esta etapa, en que hubo un fuego cruzado permanente y la pérdida de control territorial por el Estado\textsuperscript{66}.

Del Pino relata esos años terribles de guerra en que hubo un trastocamiento completo de la vida social en el valle: asesinatos y desapariciones cotidianas de dirigentes y comuneros; destrucción de las organizaciones campesinas y en general del tejido social previo; migraciones masivas y despoblamiento de las zonas en conflicto; descuido de la actividad agropecuaria, interrupción de muchas ferias y aparición de una economía de guerra fuertemente basada en la coca; paso al primer plano del control territorial y por tanto destino de hombres y tiempo a la autodefensa; repliegue de los servicios del estado hacia las capitales de provincia; dispersión de las familias en varios destinos y aparición de poblaciones flotantes, de doble o triple residencia, como hasta ahora.

No se puede pensar que la población de la zona no tenga cicatrices de esta guerra. Hoy el valle ha vuelto a la normalidad, pero como se desprende del cuadro sociodemográfico mostrado, la normalidad es una crisis estructural y, en esas condiciones, la insalubridad es permanente. La acción sanitaria del Estado se limita a bloquear las catástrofes sanitarias mayores pero ésta siempre es rebasada por las carencias elementales.

\textsuperscript{66} Del Pino, Ponciano, s/f, ibidem.
2.2. Perfil epidemiológico de las enfermedades tropicales en el valle del río Apurímac, Ayacucho

El departamento de Ayacucho tiene varios escenarios epidemiológicos distintos. En este caso debe diferenciarse el escenario de la zona de selva de los de la sierra ayacuchana, aunque todos ellos se caractericen por el predominio de enfermedades infecciosas.

La evolución epidemiológica de las enfermedades tropicales en el valle de San Francisco refleja una acumulación de atraso, exclusión, violencia y globalización a la vez: sobre la premodernidad ancestral se han superpuesto procesos de desplazamientos de poblaciones, la sucesiva ocupación inorgánica de espacios geográficos y la introducción de riesgos asociados con nuevos estilos de vida propiciados por el narcotráfico que traen consigo traumatismos, alcohol y consumo de drogas.

La resolución del problema de la violencia terrorista, la reintroducción de la presencia del Estado a través de redes de servicios de seguridad, educación y salud y el combate a las redes de transformación y exportación de la coca han tenido un fuerte impacto en los procesos de propagación de enfermedades tropicales. Nuevos desplazamientos de población de sentido inverso -de retornantes a Ayacucho-, el desarrollo de una base productiva diferente en medio de un escenario de ajuste y la persistencia de daños asociados a estilos de vida superpuestos nos plantean un escenario sanitario complejo.

Por otro lado, procesos similares en espacios geográficos adyacentes (Junín o Cusco) también han generado una activación de focos de transmisión que empiezan a influir activamente en la dinámica de propagación de enfermedades tropicales en el valle. Aparentemente es un proceso paulatino; sin embargo, también se percibe la expansión progresiva de los servicios en el valle del Apurímac. Al incrementar la cobertura de las acciones de salud se han empezado a reconocer casos de enfermedades tropicales y, lo más importante, la dinámica que las genera y reproduce. Un obstáculo para comprender dicho proceso es la insuficiencia de evaluaciones sobre las características de los diversos focos de transmisión y sobre la distribución y circulación poblacional de algunos agentes infecciosos relacionados con síndromes icterhemorrágicos como la malaria, la hepatitis viral y la leptospirosis.
No se dispone de información sobre los antecedentes históricos de propagación de esta enfermedad en el valle del río Apurímac, si bien desde 1963 observaciones clínicas y epidemiológicas, y desde 1977 resultados de muestras obtenidas a través de viscerotomías, confirmaron la presencia de la enfermedad. En 1977 hubo en el valle un extenso brote de enfermedad hemorrágica que correspondía a esta enfermedad, y en 1978 y 1981 la zona volvió a presentar brotes. No hay datos acerca de brotes previos en el valle del Apurímac-Ene asociados con el ciclo epidémico de propagación de fiebre amarilla producido entre 1986 y 1987.

El área identificada como foco natural de propagación en el valle del Apurímac-Ene tiene una superficie de 9600 km², con áreas comprendidas en los departamentos de Ayacucho (margen izquierda), Cusco (margen derecha) y Junín (confluencia de los ríos Apurímac y Mantaro) y altitudes que oscilan entre los 350 a 1800 metros sobre el nivel del mar, con temperaturas que oscilan entre 20 °C a 35 °C. Se estima que este escenario de propagación comprende 85 000 habitantes. De ellos, 50 000 están en la margen izquierda del río y 30 000 en la margen derecha. Este foco de transmisión tiene un perfil ecológico propio de la selva alta, con zonas boscosas muy tupidas, principalmente en la margen derecha y en los límites con Junín.

De acuerdo a la información disponible, desde 1998 se notificaron casos de fiebre amarilla en el valle. Los distritos de Ayna y Santa Rosa reportaron dos casos (50% de letalidad). El paciente fallecido residía en el distrito de Santa Rosa. Los demás distritos que conforman el valle no registraron propagación (silencio epidemiológico). A inicios de 1998, el valle fue considerado por el Ministerio de Salud como Área Endémica de


Nivel II, es decir, con circulación de virus en hospederos naturales, con infestación de *Aedes aegypti* pero sin casos en los últimos diez años.

En 1999 se presentó el mayor brote de fiebre amarilla que haya tenido el valle del Apurímac en la década: comprendió tres distritos de La Mar y uno de la provincia de Huanta. Se notificó un total de 34 casos y hubo cinco fallecidos (letalidad del 15%). Sin embargo esta información, obtenida a partir de la base de datos de notificaciones semanales de la Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud, difiere de los registros de la UTES San Francisco, que muestran para dicho evento un total de 36 casos con once fallecidos (letalidad del 31%)\(^2\). Lo más probable es que este último dato sea real, dada la mayor capacidad de seguimiento y revisión de los eventos de las instancias locales. El siguiente cuadro resume la casuística de esta enfermedad en el valle.

**Casos de SIFHA en el valle del río Apurímac, Ayacucho (1998-1999)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Provincia</th>
<th>Distrito</th>
<th>1998 Fallecidos</th>
<th>1999 Fallecidos</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Huanta</td>
<td>Sivia</td>
<td>0</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>La Mar</td>
<td>Ayna</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>San Miguel</td>
<td></td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Santa Rosa</td>
<td></td>
<td>1</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Anco</td>
<td></td>
<td>0</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td></td>
<td><strong>2</strong></td>
<td><strong>34</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>


Este cuadro refleja la severa magnitud del brote de fiebre amarilla en este valle durante 1999. Ello se puede explicar por la presencia de un foco natural de alto nivel de actividad epidémica -el valle de La Convención- que generó la mayor proporción de casos notificados en el país en 1998. Por tanto, la propagación activa observada en el valle del río Apurímac-Ene al año siguiente constituye un típico proceso migracional de la transmisión. Lo más probable es que la epizootia de La Convención se haya extendido a esta zona. Ello explicaría la cronicidad secuencial de los brotes.

El riesgo de enfermar por fiebre amarilla se determina por la tasa de

---

incidencia acumulada (TIA). El distrito de mayor riesgo para desarrollar la fiebre amarilla en 1999 fue Santa Rosa\textsuperscript{73}.

Las localidades más afectadas fueron Mayapo, Llochegua y Yaruri, en el distrito de Sivia, y Santa Rosa, Buenavista y Nueva Jerusalén, en el distrito de Santa Rosa.

Con respecto a la frecuencia de aparición de casos, su distribución temporal se observa en el siguiente gráfico.

Casos confirmados y compatibles de fiebre amarilla reportados por la DRS Ayacucho según Semana Epidemiológica, 1999

Según los estudios realizados por la Oficina de Vigilancia Epidemiológica de la DISA Ayacucho, los casos de fiebre amarilla muestran un patrón diferenciado de propagación. Los cuatro primeros casos entre las semanas
epidemiológicas (SE) 03-06 se presentaron en las localidades del distrito de Santa Rosa, un área rural medianamente poblada ubicada a una hora del puerto de San Francisco. En estas localidades cercanas al centro poblado de Santa Rosa -todas con acceso no muy difícil por trochas en buen estado- se han descrito en las zonas periféricas especies de *Haemagogus jhantynomis* y *Sabethes belisarioi*. En estas zonas las coberturas acumuladas de vacunación antiamarílica llegaban al 45% al momento del inicio del brote, lo que implica una importante concentración susceptible.

Los siguientes tres casos aparecieron entre las semanas epidemiológicas 15-16, en pequeños anexos de difícil acceso ubicados en el distrito de Anco, el más alejado del valle del Apurímac-Ene, a seis horas por vía fluvial desde el puerto de San Francisco, en la frontera con el departamento de Apurímac. Ahí existen zonas de pasaje hacia el valle desde Andahuaylas. Ésta es una ruta de flujos migratorios que se realizan entre los meses de enero a junio, época de cosecha de cacao y café. Cuando aparecieron los primeros casos en el valle se estableció la cobertura de inmunización para los anexos del distrito de Anco en un 38,1%, y en la semana 15, cuando aparecieron los casos en dichos anexos, la cobertura no superaba el 55%. Finalmente, de los tres últimos casos clasificados en la categoría de casos con signos y síntomas compatibles con la enfermedad, dos de ellos procedieron de los anexos de la localidad de Mayapo, comunidad rural a dos horas y media de la localidad de Sivia, capital del distrito de mismo nombre. Otro de los casos se presentó en Santa Rosa.

En el distrito de Sivia, a principios del año las coberturas acumuladas de vacunación eran las más altas del valle, aunque en el momento de presentarse los casos no llegaba al 70%. Este análisis ha permitido diferenciar tres zonas comprometidas en el brote que corresponden a las denominaciones de Zona de Brote 1 (localidades del distrito de Santa Rosa), Zona de Brote 2 (localidades del distrito de Anco) y Zona de Brote 3 (localidades del distrito de Sivia).

De los diez casos (entre confirmados y compatibles), hubo nueve varones, seis de ellos agricultores (60%). El único caso femenino correspondió a una lactante de menos de un mes, clasificada como compatible, que falleció. La enfermedad afectó predominantemente a la población mayor de quince años (72%). Los cinco casos de fallecidos no tenían vacunación antiamarílica.
Malaria

Esta enfermedad es endémica en el valle. Hasta el momento sólo se ha descrito la transmisión de *Plasmodium vivax*, no así la de *Plasmodium falciparum*. Desde 1996 se tiene registrada la presencia de la enfermedad en la base de datos del Programa Regional de Control de Malaria. Sin embargo, ello no significa que no haya existido antes.

En el siguiente gráfico se muestra la curva histórica de los casos de malaria por *P. vivax* de la UTES entre 1996 y 1999:

![Gráfico de casos de malaria por P. vivax en UTES San Francisco (1996-1999)](image)


El patrón endémico del valle sufrió un brote epidémico en 1998 (II semestre), cronológicamente muy próximo al que ocurría en la provincia de La Convención (Cusco). No disponemos de información detallada sobre las características entomológicas pero presumimos que estos brotes están relacionados. Es más, al parecer el de La Convención precedió al del valle del Apurímac-Ene. Se estima, además, que la influencia de las consecuencias ecoclimatológicas del fenómeno El Niño pudieron haber contribuido a la propagación de la enfermedad. El valle aún presenta una dinámica epidemiológica de alta transmisibilidad de *P. vivax*.

El valle tiene un comportamiento endémico típicamente estacional, con mayor transmisibilidad en los inicios y finales de cada año. Esto tiene una
relación intrínseca con las labores agrícolas de la zona. En 1999, el riesgo de enfermar por *Malaria vivax* en el valle se determinó por la tasa de incidencia acumulada que, para el caso de la malaria, se denomina IPA (Índice Parasitario Anual), como se observa en el siguiente gráfico. Los mayores IPA se ubican en los distritos de Ayna y Santa Rosa, que duplican en riesgo al resto de distritos.

![Gráfico de IPA para 1999 en el valle de Apurímac](image)

Fuente: Registros VEA 2000. Oficina General de Epidemiología, MINSA.

Ambos distritos son vecinos del Kimbiri-Pichari. Éste último es de muy alto riesgo epidemiológico en el Cusco, lo que sugiere la permanencia de la propagación de *Plasmodium vivax* en dichas zonas por razones que merecen estudiarse.

*Malaria vivax* - Mapa de riesgo epidemiológico, provincia de La Mar, 1999

**DISTRITOS:**

![Mapa de riesgo epidemiológico de La Mar, 1999](image)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos UTES San Francisco.
**Hepatitis viral**

En general, Ayacucho se considera uno de los departamentos de mayor endemicidad para la hepatitis B en todo el país. Dentro de éste, las provincias de Huanta y La Mar son las que presentan mayor prevalencia de dicha afección. Ambas son altamente endémicas para la infección por virus de la hepatitis B (VHB).

Esta enfermedad forma parte de la notificación epidemiológica obligatoria que impulsa la Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud. Desde 1997 hay registros organizados sobre el particular, reportando el sistema de vigilancia epidemiológica activa seis casos procedentes de los distritos de Ayna, San Miguel y Santa Rosa. De dicho grupo, un paciente falleció. En 1998, los distritos de Ayna y Santa Rosa reportaron un caso cada uno. Cabe suponer que los registros del Ministerio de Salud muestren niveles de subregistro, dadas las limitaciones de acceso a medios de apoyo al diagnóstico que presentaba la zona de estudio para esos años.

Desde 1999 se observa una intención por mejorar la calidad de la información mediante el sistema VEA. Así, para dicho año se reportaron veintidós casos de hepatitis B procedentes de todos los distritos bajo estudio; Ayna y Huanta fueron los más afectados (cinco casos cada uno).

Sin embargo, a la luz de los estudios de prevalencia e incidencia conocidos, la notificación de esta patología aún tiene considerables niveles de subregistro. Por ejemplo, en el valle se ha identificado infección por virus de la hepatitis delta (VHD) hasta en un 14% de escolares aparentemente sanos, pero ello sólo ocurre si existe infección previa por el VHB. Otros estudios han encontrado seroprevalencia en portadores asintomáticos de AgsHB de un 8% y hasta un 47% de Anti HBC.

En el año 2000, hasta la semana epidemiológica 27, en la UTES San Francisco se reportaron 42 casos confirmados por laboratorio, de los cuales veintitrés (55%) pertenecen al distrito de Huanta, tres a San Martín, tres a Ayna, dos a Sivia y uno a Santa Rosa.

Hay grandes interrogantes epidemiológicos con relación a los determinantes de la endemicidad en el valle -y específicamente en Huanta y Sivia- que merecen ser estudiados.
**Leptospirosis y bartonellosis**

No se registran casos en la actualidad.

**Vigilancia sindrómica: UTES San Francisco**

Hay reportes de vigilancia sindrómica en la UTES San Francisco desde la S.E. 22 de 1998, momento en el cual se inició oficialmente la notificación obligatoria en los establecimientos de salud de la UTES. No hemos encontrado registros de notificación sindrómica comunal.

En el siguiente cuadro se muestra el resumen estadístico de las notificaciones:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Casos notificados</th>
<th>Número de notificaciones</th>
<th>Resultados de laboratorio</th>
<th>Fallecidos (etología)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1998 (S.E. 22)-1999 (S.E. 52)</td>
<td>36</td>
<td>Hepatitis B 12 (33%)</td>
<td>Fiebre amarilla 8 (22%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Durante el período de notificación de vigilancia sindrómica se realizaron 36 notificaciones. De ese total, el 44% permanece sin resultado y el 33% tiene como etiología a la hepatitis B. Se reportaron veinte fallecidos.

Es importante señalar que actualmente el valle es activo para fiebre amarilla. Se han registrado ocho casos, de los cuales cinco han fallecido (letalidad: 63%). Estos casos no figuran en los registros centrales de la OGE. Ello debería hacerse conocido para poner en marcha urgentemente las medidas correspondientes de prevención y control. No olvidemos que la esencia del modelo de vigilancia sindrómica es precisamente la detección precoz y la intervención inmediata de problemas sanitarios de este tipo. Los casos fallecidos proceden de Santa Rosa (dos), Sivia (uno), Anco (uno), y uno de ellos es un migrante, al parecer del departamento de Loreto.

---

El valor predictivo del modelo fue del 56% (VPP año 1998-1999 = 20/36 x 100%). Ello significa que en 1999, año de inicio del modelo, la calificación realizada por el personal de salud de la red con relación a la vigilancia sindrómica tiene una probabilidad del 56% de que el caso notificado corresponda efectivamente a uno de los daños responsables de vigilancia sindrómica por SIFHA (probabilidad de acierto para predicción para el paciente). Este valor es semejante al indicador respectivo de La Convención (Cusco), como se verá más adelante.
2.3. Sociedad, salud y enfermedad en La Convención

La condición selvática: inaccesibilidad

La Convención es una de las once provincias del departamento del Cusco, en la zona sur del Perú. Tiene una extensión de 30 061,82 km², que constituyen el 42% de la extensión de dicho departamento.

Es una zona selvática de difícil acceso, atravesada por el río Urubamba, eje de todo el sistema fluvial de la provincia. Este río tiene veintitrés afluentes y origina doce grandes valles en la provincia, caracterizados por climas templados y cálidos. La carretera de penetración cubre aproximadamente la mitad de la provincia; en el resto se emplea el transporte fluvial. Las ramificaciones de esta carretera troncal son simples trochas carrozables que van a algunos caseríos y comunidades.

Las dificultades de acceso propias de la provincia también se reflejan en la salud por la dispersión poblacional del lugar. Así, los patrones de utilización de servicios no sólo obedecen a cuestiones socioculturales sino a razones geográficas.

Vías de comunicación: el tránsito inconcluso del ferrocarril, el transporte fluvial a la carretera y los nuevos medios electrónicos

A diferencia de muchas zonas del país, La Convención tiene al ferrocarril como su principal medio de comunicación. La construcción de la vía férrea Cusco-Santa Ana fue iniciada por el ingeniero Reed, con el respaldo de una ley de 1913 que mandaba construir el ferrocarril hacia Santa Ana. Entre 1916 y 1918 el ingeniero Eduardo Viñas Prohias enrioló dieciocho kilómetros de vías y terminó los terraplenes hasta el kilómetro 46. En 1921 el ingeniero Anderson transformó la trocha férrea de 0,75 cm en una línea de 0,91 cm que se mantiene hasta la actualidad. En 1929 el enriellado se extendió hasta Machu Picchu, en el kilómetro 110. Finalmente, el
ferrocarril llegó hasta Santa Teresa en 1951 y a Quillabamba en 1977\textsuperscript{75}.

La historia de la carretera es menos epopéyica. En 1933 se terminó de abrir la trocha de Machu Picchu a Quillabamba. Luego, la mayor parte de la carretera de penetración hacia La Convención se trabajó con intensidad durante el primer gobierno de Belaúnde. Pero en realidad, en la selva la construcción de vías terrestres es constante, dado que de vez en cuando desaparecen por tramos. Hace dos años, por ejemplo, unas fuertes lluvias se llevaron tramos de la carretera y se empezó a utilizar la trocha de la vía férrea entre Aguas Calientes y Quillabamba.

La Convención ha basado sus comunicaciones en este esquema triple: ferrocarril, carreteras y ríos, por lo que aún no se hay un traslado fluido de bienes y personas. Sin embargo, se puede decir que La Convención está más integrada nacionalmente que el valle de San Francisco, por ejemplo. En esta situación, la comunicación electrónica vía radio, televisión, y ahora último, internet, viene extendiéndose. Actualmente Cusco registra veintiocho estaciones de radio y siete retransmisoras de televisión\textsuperscript{76}.

**El triángulo entre productos de exportación, colonizadores y enfermedades tropicales**

Toda la historia de La Convención en los últimos 150 años se resume en la historia de sus productos de exportación y de la colonización para explotarlos. El principal valor económico de la provincia es la alta rentabilidad de sus productos agrícolas en los mercados foráneos -regional, departamental, nacional e internacional-, motor de la dinámica de migraciones permanentes o estacionales. Por eso las oleadas de colonización y la gran dinámica demográfica se expresan principalmente en las migraciones temporales coincidentes con las cosechas de los principales productos de la región, que requieren de mucha mano de obra.

Parte importante de la historia regional es también la historia de las enfermedades, consideradas en diferentes momentos como un gran freno


para la ocupación territorial.

Esta dinámica compleja que relaciona el potencial productivo de la región con la idiosincrasia colonizadora de su población y la presencia perturbadora de las enfermedades tropicales es fundamental para entender y mejorar la atención de la salud y la vigilancia epidemiológica. La cultura en salud del colono productivista valora el tiempo perdido más que los pobladores de formas previas de producción y relación simplemente depredadora hombre-naturaleza, por eso es más descuidado con su salud. El caso extremo es el de los migrantes temporales, que sacrifican su salud para aprovechar al máximo la etapa de cosechas.

*Migraciones conforme a las alzas y subidas de los precios agrícolas de exportación*

Desde que fuera creada por ley del 25 de julio de 185777, la provincia de La Convención fue imaginada como El Dorado cusqueño. Entre fines del siglo XIX y principios del XX se reforzó esa visión, cuando el valle de La Convención se convirtió en lugar de paso obligado de los extractores de caucho desde Madre de Dios y el Bajo Urubamba hasta Cusco. Los pobladores del lugar aún recuerdan el “camino de Lambarri”, nombre dado a la trocha de herradura hecha por este cauchero para llevar la goma a la ciudad del Cusco. Cuando el precio del caucho cayó, en la década de 1910, los cultivos de café ya se habían asentado en el valle de La Convención, sobre todo en los actuales distritos de Santa Ana y Maranura. También fueron célebres los sembríos de té en la hacienda Huyro -parte alta de la provincia-, además de los de cacao y achiote.

Esta fisonomía productiva basada en productos de alta rentabilidad, con grandes oscilaciones en sus precios y que requieren temporalmente de gran cantidad de mano de obra, hace de la provincia de La Convención un espacio de migrantes permanentes y estacionales: los primeros a la búsqueda de una rentabilidad de mediano plazo y los segundos tentando un ingreso de corto plazo.

Entre 1988 y 1993 los indicadores de migración señalan que la mayoría de provincias del departamento de Cusco tiene índices negativos, esto es, la

población fundamentalmente emigra de sus lugares de origen. Como explica Miguel Ramos\textsuperscript{78}, durante la segunda mitad del siglo XX el Cusco fue expulsor de población y sus saldos netos migratorios siempre han sido negativos, tendencia que se ha acentuado en los últimos tiempos. La antigua región Inka (Cusco, Apurímac y Madre de Dios) tuvo un saldo migratorio negativo de -4095 personas entre 1976 y 1981, saldo que creció a -29 883 entre 1988 y 1993. En cambio la provincia de La Convención es una de las pocas que siempre ha tenido saldo positivo. Hoy tiene una tasa de migración neta de 1,4, con una tasa de inmigración de 25,4 y una tasa de emigración de 24.

La provincia atrae mano de obra para las labores agrícolas de siembra y cosecha del café y cacao. Sin embargo, la violencia política de los ochenta también generó flujos de desplazados que provenían de La Mar, Huanta y Huamanga. Entre 1976 y 1981 el principal flujo de inmigrantes a La Convención provino de Cusco (2611 personas) y el segundo de Lima (1336), mientras que entre 1988 y 1993 el flujo central seguía viniendo del Cusco (3485 personas), pero ya el segundo flujo (3015 inmigrantes) provenía de La Mar\textsuperscript{79}.

Pese a esta tendencia histórica, en los dos últimos años se ha producido un decrecimiento relativo de las migraciones, debido a una baja que los precios de los principales cultivos -café, cacao, achiote- lo que ha generado una disminución de los jornales y, por tanto, atrae a menos mano de obra. Según refieren los lugareños, el quinto de café está a cuarenta soles y el achiote ya ni siquiera se cosecha. Entonces muchos cafetaleros compraron camiones y construyeron sus casas. Los cuarenta soles de no alcanzan para pagar jornales y muchas familias ya no contratan peones para la cosecha: prefieren cosechar ellos mismos\textsuperscript{80}. La pobreza en la zona es muy alta: en la provincia de La Convención la población en hogares con una necesidad básica insatisfecha como mínimo alcanza un promedio de 82%: el 54,6% en la ciudad y el 91,4% en el campo\textsuperscript{81}. Por su


\textsuperscript{80} Entrevista a Eulogio Paz, chofer de la UBAS Santa Ana, Cusco, julio del 2000.

parte la razón de dependencia, que mide el grado de personas dependientes en la población económicamente activa, en 1998 era de 0,76 para el departamento del Cusco y de 0,74 para La Convención, la más baja de todo el departamento. Esto se debe a las actividades agrícolas de la provincia.

Por último, la provincia de La Convención aparentemente no es una zona de producción cocalera para el narcotráfico, como otras de la ceja de selva, pero hay sembríos de coca que supuestamente estarían dentro de los circuitos legales. Centros de acopio de la Empresa Nacional de la Coca (ENACO) en lugares como Kiteni reflejan esta característica zonal.
### Indicadores demográficos y sociales de los distritos de la provincia de La Convención

<table>
<thead>
<tr>
<th>Indicador</th>
<th>Santa Ana</th>
<th>Maranura</th>
<th>Echarate</th>
<th>Quellouno</th>
<th>Kimbiri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Datos generales</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Superficie (km²)</td>
<td>359,40</td>
<td>150,30</td>
<td>19 135,90</td>
<td>799,60</td>
<td>1 134,69</td>
</tr>
<tr>
<td>Población (hab.)</td>
<td>34 796</td>
<td>9 292</td>
<td>44 559</td>
<td>11 914</td>
<td>29 058</td>
</tr>
<tr>
<td>Densidad poblacional (hab./km²)</td>
<td>96,82</td>
<td>61,82</td>
<td>2,33</td>
<td>14,90</td>
<td>25,61</td>
</tr>
<tr>
<td>Región natural</td>
<td>Selva</td>
<td>Selva</td>
<td>Selva Baja</td>
<td>Selva</td>
<td>Selva</td>
</tr>
<tr>
<td>Vía de acceso</td>
<td>Terrestre</td>
<td>Terrestre</td>
<td>Terrestre</td>
<td>Terrestre</td>
<td>Fluvial</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Indicadores demográficos</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Población menor de 15 años</td>
<td>12 913</td>
<td>3 648</td>
<td>19 962</td>
<td>5 146</td>
<td>10 845</td>
</tr>
<tr>
<td>Población menor de 15 años / población total (%)</td>
<td>37</td>
<td>39</td>
<td>45</td>
<td>43</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>Población de 15 años o más (hab.)</td>
<td>21 883</td>
<td>5 644</td>
<td>24 597</td>
<td>6 768</td>
<td>18 213</td>
</tr>
<tr>
<td>Varones (%)</td>
<td>51</td>
<td>52</td>
<td>54</td>
<td>54</td>
<td>55</td>
</tr>
<tr>
<td>Mujeres (%)</td>
<td>49</td>
<td>48</td>
<td>46</td>
<td>46</td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td>Tasa de crecimiento intercensal</td>
<td>1,20</td>
<td>-0,40</td>
<td>6,30</td>
<td>1,20</td>
<td>5,50</td>
</tr>
<tr>
<td>Población rural (%)</td>
<td>32</td>
<td>91</td>
<td>95</td>
<td>94</td>
<td>90</td>
</tr>
<tr>
<td>Grupos amazónicos presentes</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>Machig./Ashánin.</td>
<td>-</td>
<td>Asháninkas</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Indicadores sociales y económicos</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Razón de dependencia</td>
<td>0,59</td>
<td>0,65</td>
<td>0,81</td>
<td>0,76</td>
<td>0,60</td>
</tr>
<tr>
<td>Tasa de analfabetismo en</td>
<td>13,00</td>
<td>25,10</td>
<td>25,30</td>
<td>27,20</td>
<td>30,80</td>
</tr>
<tr>
<td>mayores de 15 años (%)</td>
<td>73,10</td>
<td>58,50</td>
<td>51,70</td>
<td>49,90</td>
<td>39,10</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------------</td>
<td>-------</td>
<td>-------</td>
<td>-------</td>
<td>-------</td>
<td>-------</td>
</tr>
<tr>
<td>Población de 15 años o más con primaria completa (%)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PEA / Población total (%)</td>
<td>36</td>
<td>38</td>
<td>33</td>
<td>35</td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td>Necesidades básicas insatisfechas (%)</td>
<td>48,10</td>
<td>88,80</td>
<td>88,30</td>
<td>93,10</td>
<td>94,80</td>
</tr>
<tr>
<td>Hogares sin agua, desagüe, alumbrado público (%)</td>
<td>19,50</td>
<td>68,30</td>
<td>60,00</td>
<td>79,00</td>
<td>38,60</td>
</tr>
<tr>
<td>Hogares con al menos un artefacto electrodoméstico (%)</td>
<td>86,10</td>
<td>82,90</td>
<td>72,30</td>
<td>76,40</td>
<td>65,60</td>
</tr>
<tr>
<td>Población de 15 años o más ocupada:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- En agricultura (%)</td>
<td>32,20</td>
<td>73,10</td>
<td>80,10</td>
<td>81,30</td>
<td>70,30</td>
</tr>
<tr>
<td>- En servicios (%)</td>
<td>56,80</td>
<td>21,50</td>
<td>17,00</td>
<td>15,80</td>
<td>24,80</td>
</tr>
<tr>
<td>- Asalariados (%)</td>
<td>29,20</td>
<td>12,20</td>
<td>10,00</td>
<td>7,40</td>
<td>16,40</td>
</tr>
</tbody>
</table>

INEI, Poblaciones indígenas en el Perú, reporte especial, 1994.
INEI, Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 1996.
La existencia de una población flotante en La Convención constituida por migrantes estacionales que concentra buena parte de los problemas de salud amerita que las intervenciones preventivas, educativas y promocionales necesarias para elevar el nivel histórico de salud de La Convención se realicen en los lugares de origen de los colonos temporales.

**Los antiguos pobladores selváticos, machiguengas y asháninkas: las minorías de hoy**

Toda la zona de la actual provincia de La Convención ha estado habitada ancestralmente por grupos indígenas amazónicos, entre los cuales el más conocido el de los machiguengas, de lengua arawak. Estos pueblos nativos siempre han mantenido relaciones con los pobladores de los Andes, pero nunca tan intensas como las actuales.

Hoy en día la población nativa de la provincia de La Convención pertenece a las comunidades nativas de los machiguengas y los asháninkas, ambas ubicadas fundamentalmente en los distritos de Echarate y Quimbiri. Representan el 1% de la población de todo el departamento (15 100 habitantes según el censo de 1993). La constante penetración de colonos serranos ha hecho que muchos nativos machiguengas hayan migrado hacia las zonas más bajas, ubicándose alrededor del Pongo de Mayniqui y el Bajo Urubamba. Entre los límites con los departamentos de Madre de Dios y Ucayali se ubican los machiguengas -principal grupo nativo de la zona- con una población de aproximadamente 8350 habitantes, 56% de la población indígena del departamento. Los asháninkas se ubican entre los límites de Cusco con Junín y Ayacucho y representan el 17% del total de nativos del departamento.

En realidad, de esto se desprende que la población mayoritaria actual de La Convención ya no es nativa sino colona y, en particular, la de segunda y tercera generación. Por tanto, el estudio ha debido concentrar su atención en ésta última, si bien la primera también ha sido estudiada.

**Un pueblo fruto de la acumulación de oleadas de colonización**

A pesar de las constantes incursiones misioneras durante el Virreinato y la República, la formación de asentamientos permanentes de colonos como
haciendas primero y como centros urbanos después empezó a cristalizarse a mediados del siglo XIX, lo que convirtió al valle de La Convención en eminente productor de cultivos tropicales de exportación sensibles al mercado externo.

Las primeras oleadas colonizadoras fueron diferentes de las actuales. Hasta 1930-1940 predominaron las colonizaciones de hacendados criollos o las impulsadas por las capas pudientes cusqueñas. A partir de entonces comenzaron las colonizaciones andinas campesinas.

Una de las oleadas colonizadoras criollas más importantes fue la propiciada a fines del XIX y se relaciona con la idea de La Convención como el nuevo Dorado para el desarrollo del Cusco. El 19 de setiembre de 1887, Antonio Lorena, Pedro José Carrión y Luis María Robledo Ocampo lograron nuclear una numerosa pléyade de cusqueños que propusieron acciones de desarrollo para del Cusco y, sobre todo, para la región selvícola de la provincia de La Convención. Con ese fin se organizó el Centro Científico del Cusco. Como explica José Luis Rénique, el Centro Científico del Cusco fue el canal institucional a través del cual nuevos sectores sociales cusqueños buscaron enfrentar los desafíos del Cusco de entonces.

Esta idea de La Convención como una suerte de hinterland cusqueño reapareció periódicamente a lo largo del siglo XX. Manuel Aparicio Vega explica cómo en noviembre de 1901 el Congreso de la República peruana promulgó una ley sobre impuestos para la fundación de centros poblados en la provincia de La Convención. Al año siguiente, Luis María Robledo presentó su informe sobre el trayecto del camino hasta Sihuaro.

Sin embargo, las oleadas migratorias de las últimas décadas fueron de otro tipo: colonizadores andinos, quechuas, serranos, un nuevo tipo de pioneros definido por Carlos Franco como "cholo-mestizo", en una variante ya no costeña sino selvática. El actual colono convenciano pertenece a la segunda o tercera generación de este proceso de ocupación territorial, lo

---


que le da una fisonomía cultural diferente de la del poblador nativo y del migrante temporal. Pero además, el colonos de hace tres o cuatro décadas era más un pionero, un refundador de la Amazonía, mientras que el de los últimos tiempos es más un desplazado o refugiado, sea por razones políticas o económicas.

_Población joven, en edad productiva y en incremento_

Para 1999 la provincia de La Convención tenía 185 724 habitantes, lo que representaba el 16% de la población de todo el departamento. Es la segunda provincia más poblada del departamento. El 40% de su población es menor de quince años, pero la mayoría pertenece a la PEA. La Convención es una de las provincias con mayor población rural del departamento de Cusco (80%), pero su gran extensión hace que su densidad (6,18 hab./km²) sea la más baja de todo el departamento, que es de 15,87 (hab./km²).

La tasa de crecimiento intercensal del departamento del Cusco entre 1981 y 1993 fue de 1,7% y su tasa de crecimiento medio anual fue de 0,14. Para la provincia de La Convención, éstas fueron de 2,6% y 0,21 respectivamente, lo que la sitúa como la de mayor velocidad de crecimiento en todo el departamento.

Por otro lado, la tasa global de fecundidad para el departamento es de 3,9 hijos por mujer (1995-2000), la tasa de mortalidad infantil es de 73 por mil nacidos vivos y la esperanza de vida del poblador cusqueño es de 60,2 años, ocho años por debajo del promedio nacional.

**Cusco: Tasas de mortalidad y fecundidad en el departamento y su comparación con la población indígena**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Indicador</th>
<th>Cusco (Departamento)</th>
<th>Campa Asháninka</th>
<th>Machiguengas</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tasa de mortalidad infantil × 1000 NV</td>
<td>89</td>
<td>113</td>
<td>94</td>
</tr>
<tr>
<td>Tasa global de fecundidad (hijos × mujer)</td>
<td>4,6</td>
<td>8,4</td>
<td>8,3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: Censo Nacional de Población, INEI 1993.
Castellanización con bilingüismo y analfabetismo

En la provincia de La Convención se hablan, además del castellano y el quechua, lenguas de raíz arawak, como el machiguenga y el asháninka. Estas lenguas son habladas por las comunidades nativas que habitan las partes más bajas de la provincia. Sin embargo, la tendencia hacia la castellanización es constante, de forma que sólo las poblaciones mayores son monolingües, sean quechua, machiguengas o asháninkas.

El analfabetismo es uno de los problemas más serios que enfrenta la provincia de La Convención. La tasa de analfabetismo de la población femenina es la más alta: 13,5% del total de mujeres. La tasa nacional de analfabetismo era del 8% en 1998. El 52% de la población machiguenga tiene algún grado de educación primaria y el 12% algún grado de educación secundaria, mientras que en los asháninkas estas proporciones sólo llegan a un 40% y 6% respectivamente.

Los altos niveles de analfabetismo de alguna manera se expresan en la predominancia de dos tipos de medios de comunicación: los orales interpersonales y los medios masivos, como la radio. Los medios escritos son absolutamente minoritarios, casi inexistentes. Si estudios recientes demuestran que la oralidad es tan importante en Lima 85, con mayor razón en la selva, lo que choca con todo sistema de vigilancia basado en la anotación escrita.

Sociedad civil y organización campesina en La Convención: cultura organizacional y asociativa

La zona de estudio en Cusco -La Convención- durante el siglo XX ha tenido una tradición gremial y organizativa que afecta su comportamiento presente. Se podría hablar de una acumulación de varias tradiciones organizativas: la del sindicalismo campesino, la de las organizaciones de base independientes y la de las redes de sobrevivencia gubernamentales de los noventa.

Cabe precisar que desde hace mucho tiempo el campesinado de La Convención es distinto del campesinado serrano, porque si bien los títulos de las haciendas de La Convención provienen del siglo XVII, se diferenciaron muy pronto del modelo de haciendas feudales, pues se establecieron entre hacendados y trabajadores relaciones más parecidas a las haciendas-ingenios de la costa norte: trabajadores libres en lugar de servidumbre y mayor tendencia a pagar salarios, aunque también hayan existido arrendires y allegados. Esto hace que, ya en el siglo XX, el valle de La Convención se inserte más fácilmente dentro de una cultura de sindicalismo agrario. Como explica Encinas, La Convención y Lares serían ininteligibles si suprimiéramos la incidencia que han tenido en ellas los sindicatos campesinos86.

Esta tradición ha producido un perfil cultural más autónomo con relación a otras poblaciones de ceja de selva. El primer sindicato campesino en La Convención se fundó en la hacienda Maranura, en 1947. Al poco tiempo de su fundación presentó su primer pliego de reclamos, en el que se exigía la disminución de la jornada de trabajo de doce a ocho horas, el derecho de libre venta de la producción fuera de la hacienda, la remuneración en dinero del trabajo obligatorio, la liberación de las mujeres de los duros trabajos agrícolas y la construcción de una escuela. En 1948 obtuvieron la concesión de la jornada de ocho horas y el derecho a la libre venta de su producción. En 1949 consiguieron la fundación de una escuela en el poblado. Entre 1950 y 1951 el sindicato se disolvió por temor a la represión desatada por el gobierno de Odría, pero en 1957 reapareció. En 1952 los campesinos sindicalizados de otra hacienda, Mandor, también habían presentado su pliego de reclamos. En realidad, hacia mediados de los años cincuenta empezaron a surgir muchas organizaciones sindicales en varias haciendas de La Convención. Ejemplo de esta fuerza gremial fue la huelga indefinida que en diciembre de 1961 decretara la federación, que se extendió a todas las haciendas del valle y que ocasionó se tomaran las tierras de más de cien haciendas de la zona87. El sindicalismo agrario ha sido y es parte de la vida social de la provincia.

La otra gran tradición organizativa en La Convención proviene de las


organizaciones de base, que en cierta medida continúan la antigua labor de los misioneros dominicos. Éstos tienen una larga trayectoria en La Convención desde el Virreinato y, luego, a lo largo de la República. Algunos hitos de esta trayectoria fueron el establecimiento de las madres dominicas en julio de 1821 en Quillabamba, quienes fundaron el Colegio Misional La Inmaculada Concepción de Quillabamba; la fundación en 1902 de la Misión de Santo Domingo de Chirumbia; el establecimiento en 1918 de la misión de San José de Koribenì, con el trabajo misional del padre Pío Aza; la constitución del puesto misional central de La Convención, denominado "La Granja de Misiones de Quillabamba" en 1940, y la fundación del puesto misional de Malanquiato en 1943. Los dominicos establecieron radios en Madre de Dios y Quillabamba con el objetivo de apoyar su labor pastoral y educativa, inaugurando la línea de las radios populares en la región. En las décadas siguientes, las ONG y los profesionales de capas medias continuaron con esta labor religiosa organizativa, desarrollando diferentes tipos de organizaciones de base tales como los comités de derechos humanos, propiciados por comunidades cristianas campesinas y la Juventud Agraria Rural Católica; la Central de Cooperativas de La Convención y Lares -COCLA- cuya acta de fundación data del 26 de julio de 1967; las organizaciones de mujeres y de sobrevivencia popular y el Frente de Defensa de los intereses de La Convención fundado en 1972. La tercera tradición organizativa es la más reciente y procede de las organizaciones populares establecidas con el fin de canalizar la ayuda del Estado (PRONAA y otras).

**Incipiente red urbana, predominio rural y población dispersa: más allá del modelo periférico normal**

En noviembre de 1918 Quillabamba pasó a ser la capital de La Convención por Ley 2890. Antes lo fue la villa de Santa Ana. Sin embargo no se puede decir que La Convención sea una provincia de configuración centrípeta con una dinámica alrededor de su capital, ni siquiera de su escasa red urbana: lo rural y lo rural disperso son mucho más importantes que lo urbano. En

---


1998 el 54% de la población del departamento era rural, tasa que sube al 80% en La Convención.

El perfil arquitectónico de casonas tradicionales de inicios del siglo XX, característico de algunas ciudades antiguas de la provincia como Quillabamba y Maranura, se superpone sobre este perfil central selvático rural de La Convención. Quillabamba es de regular tamaño y tiene construcciones que vienen desde mediados del siglo XIX. El poblado de Maranura está a la entrada del valle de La Convención, antes de llegar a Quillabamba, y está construido a lo largo de la vía férrea, con construcciones que tienen entre treinta y cincuenta años. Quellouno es un poblado un tanto antiguo pero no tanto como Quillabamba. Kiteni más bien es una población con estilo “ciudad de frontera-campamento”, que hace unas décadas era el primer puerto desde el final de la carretera y que actualmente, pese a que la carretera ha ido mucho más allá, sigue teniendo mucho movimiento comercial.

Esta configuración rural dispersa ha hecho que el modelo de atención se desplace hacia abajo y hacia afuera, desde los centros a la periferia y en la periferia articulada a lo itinerante. No basta el modelo periférico normal.

Ancestral perfil epidemiológico pretransicional: la reconfiguración demográfica a partir de epidemias

La Convención tiene una historia epidemiológica pretransicional que se pone en evidencia en una sucesión de grandes epidemias que, ante las limitaciones de la medicina y del sistema de salud anterior, reconfiguraban permanentemente su población y afectaban en forma importante sus fuerzas productivas. La historia de la selva ratifica la gran fuerza demográfica que han tenido las epidemias.

Aún está por escribirse esta historia epidemiológica. En realidad, las poblaciones selváticas no han podido salir del estadio de afecciones primarias, pero se ha avanzado en forma importante en los últimos tiempos en el control de enfermedades tropicales. Sin embargo, antes de 1950 las poblaciones estaban prácticamente indefensas ante estas enfermedades, que causaban serios estragos en la población residente y migrante de la provincia, sobre todo en los distritos de Echarate, Santa Ana y Maranura.
Los periodistas, intelectuales y cronistas de la zona han registrado algunas de las epidemias del pasado y sus desastrosos efectos⁹⁰:

a) En 1887, en toda la cuenca del río Urubamba se produjo una gran epidemia de malaria que diezmó a la población principalmente rural, y algo menos a la de Urubamba. Sin médicos ni medicinas, la población quedó en manos de los conocimientos de curanderos y empíricos.

b) Hacia 1897 se produjo otra enorme epidemia malárica que comprendió todas las haciendas de Quellouno para abajo. Un año después de iniciada la epidemia, informadas de los grandes estragos, las autoridades comisionaron al Dr. Latorre para combatir la epidemia que iba infectando y recorriendo toda la provincia. Dicho doctor vino a la provincia acompañado de un gendarme y con una orden prefectural de que se le diesen todas las facilidades. Recorrió los puntos centrales afectados por el mal, pero no pudo acceder a la población campestre por falta de tiempo y caminos. Sólo el Dr. José Santos Pagaza, que lo acompañaba, penetró hasta Tunquimayo y Koriyene.

c) Al finalizar el año 1906 y durante el siguiente, se adueñó por tercera vez de toda la provincia una epidemia extraña, casi con los mismos síntomas, que por lo general degeneraba en disentería.

d) En los años 1916 y 1917 los informes de la época señalan que reapareció esta enfermedad contagiosa en extremo, con fiebre y descomposición, que dejaba a los enfermos deshechos y sin fuerzas en breves días. Le tocó combatir este mal al Dr. Augusto Belaúnde, médico sanitario departamental, para lo cual hizo enormes sacrificios y gastos hasta de su propio bolsillo (informe publicado en Lima en 1917).

e) En 1918 hubo otra epidemia que se diagnosticó como “escarlatina” y que obligó a cerrar las escuelas por largo tiempo.

f) Entre 1927 y 1928 hubo epidemias de viruela.

g) A principios de setiembre de 1932 nuevamente se apreciaron extraños síntomas y males en toda la provincia de La Convención, manifestados en agudos dolores de cabeza, fiebres altas y descomposición intestinal.

En esas décadas las enfermedades en la provincia se caracterizaron por su rápida expansión, su alta mortalidad, su fuerte afectación de la capacidad productiva de la población y la escasez de médicos y medicinas. En 1932 el

Dr. Samuel Geller, médico residente en La Convención, informó al Obispo Monseñor Sabas Sarasola que “la enfermedad se desarrolló últimamente en forma epidémica y que abarca todo el distrito de Echarati, parte de Occobamba y parte de Quillabamba. Es la subterciana o fiebre perniciosa. La cantidad de enfermos es enorme, habiendo lugares donde todos están atacados. No hay atención de ninguna clase. Los hacendados no se interesan por su gente salvas rarísimas excepciones, la cual queda abandonada completamente, sin medicinarse, destinada fatalmente a morir o a que la enfermedad se les haga crónica con gran perjuicio para los enfermos, para los mismos hacendados, y en fin, para la salud del valle. (...) Tomando en cuenta el mal estado higiénico de la gente, las enfermedades endémicas de estos lugares, y la falta absoluta de atención a los enfermos, se comprenderá por qué el porcentaje de los muertos es tan elevado. He recorrido los siguientes lugares: La Victoria, Pachac, Pintobamba Grande, Urusayhua, La Calzada, Echarati, Cocabambilla, Pan de Azúcar, Concepción, Sahuayaco, Quellouno, Mercedes, Rosalina y Cochayoc, habiendo asistido a un total de trescientos enfermos. Fuera de esa cantidad, hay muchos otros enfermos que no les he podido atender porque viven en las alturas muy diseminados en las montañas. Entre los enfermos atendidos he distribuido tabletas de quinina y sulfato de sosa, explicándoles cómo deben medicinarse y en qué forma deben evitar el contagio. Por falta de bogas y canoas no he podido constituirme en la misión de Koribeni por lo que mandé cuatrocientos tabletas de quinina y dos libras de sulfato de sosa al R.P. José Rodríguez para la atención de enfermos menesterosos. A mi regreso, he podido constatar que muchos enfermos han sentido una franca mejoría, debiendo mencionarse que no todos han tomado la quinina, en la creencia de que es un medicamento dañino. La gente de estos lugares es muy ignorante, presta atención a los curanderos, la situación por el momento ha mejorado mucho por las medicinas que fueron tomadas y que fueron conocidas por Ud.”

De los informes de la época uno puede deducir que a lo largo de todo el siglo XX prácticamente no existió una respuesta social organizada al reinado de las enfermedades tropicales en la selva cusqueña, salvo en las dos últimas décadas, en que se han puesto en funcionamiento redes de servicios del Estado. Las enfermedades bloqueaban la ocupación del suelo,

pero no existía un sistema de salud que controlara las patologías selváticas. El tropicalismo tenía varios aliados: el sistema de haciendas, que diezmaba a su manera la población; la baja inmunidad de la población serrana y nativa ante la malaria y otras enfermedades tropicales, y la alta dispersión de la población en la selva cusqueña.
Indicadores comparados entre las dos zonas de estudio
La Mar-Ayacucho y La Convención-Cusco

<table>
<thead>
<tr>
<th>Indicador</th>
<th>La Mar</th>
<th>La Convención</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Datos generales</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Superficie (km²)</td>
<td>4 392,15</td>
<td>30 061,82</td>
</tr>
<tr>
<td>Población (hab.)</td>
<td>72 655</td>
<td>174 317</td>
</tr>
<tr>
<td>Densidad poblacional (hab./km²)</td>
<td>16,54</td>
<td>5,80</td>
</tr>
<tr>
<td>Región natural</td>
<td>Selva</td>
<td>Selva</td>
</tr>
<tr>
<td>Vía de acceso</td>
<td>Terrestre/Fluvial Aéreo (ocasional)</td>
<td>Terrestre/Fluvial Ferrocarril</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Características de la población</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Población menor de 15 años</td>
<td>30 675 (43,81%)</td>
<td>65 632 (41,74%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Población mayor de 15 años</td>
<td>39 343 (56,19%)</td>
<td>91 608 (58,26%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Varones (%)</td>
<td>51</td>
<td>53</td>
</tr>
<tr>
<td>Mujeres (%)</td>
<td>49</td>
<td>47</td>
</tr>
<tr>
<td>Tasa de crecimiento intercensal (%)</td>
<td>-0,5</td>
<td>2,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Población rural (%)</td>
<td>71,2</td>
<td>80</td>
</tr>
<tr>
<td>Población nativa</td>
<td>2,8% (2 037 hab.)</td>
<td>8,9% (14 617 hab.)</td>
</tr>
<tr>
<td>Grupos étnicos presentes</td>
<td>Campa - Asháninkas</td>
<td>Campa - Asháninkas Machiguengas</td>
</tr>
<tr>
<td>Ubicación de la población nativa</td>
<td>Distritos de Sivia, Ayna y Santa Rosa</td>
<td>Distritos de Echarate, Quimbiri y Quellouno</td>
</tr>
<tr>
<td>Tasa de migración neta</td>
<td>1,4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Socioeconómicos</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Razón de dependencia</td>
<td>0,78</td>
<td>0,72</td>
</tr>
<tr>
<td>Producción predominante</td>
<td>Café, coca</td>
<td>Café, cacao, achiote</td>
</tr>
<tr>
<td>NBI provincial (%)</td>
<td>Urb: 82,6 Rur: 96,7</td>
<td>Urb: 54,6 Rur: 91,4</td>
</tr>
<tr>
<td>PBI per cápita</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hogares sin agua, desagüe, alumbrado público (%)</td>
<td>48,90</td>
<td>51,80</td>
</tr>
<tr>
<td>Hogares con al menos un artefacto electrodoméstico (%)</td>
<td>62,40</td>
<td>77,00</td>
</tr>
<tr>
<td>Población de 15 años o más ocupada:</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Agricultura (%)</td>
<td>Servicios (%)</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------------</td>
<td>-----------------</td>
<td>---------------</td>
</tr>
<tr>
<td>- En agricultura (%)</td>
<td>74,00</td>
<td>66,10</td>
</tr>
<tr>
<td>- En servicios (%)</td>
<td>22,70</td>
<td>27,30</td>
</tr>
<tr>
<td>- Asalariados (%)</td>
<td>24,70</td>
<td>15,40</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Educación**

| Tasa de analfabetismo en mayores de 15 años (%) | 39,10 | 24,00 |

**Salud**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Salud</th>
<th>Tasa global de fecundidad</th>
<th>5,7 hijos / mujer</th>
<th>4,6 hijos / mujer</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Tasa global de fecundidad en nativos</td>
<td>9,2 hijos / mujer</td>
<td>8,4 hijos / mujer</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Tasa de mortalidad general&lt;sup&gt;4&lt;/sup&gt;</td>
<td>3,3</td>
<td>3,4</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Tasa de mortalidad infantil</td>
<td>100,5 x 1000 NV</td>
<td>89,9 x 1000 NV</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Tasa de mortalidad infantil en nativos</td>
<td>141 x 1000 NV</td>
<td>113 x 1000 NV</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Tasa de mortalidad materna&lt;sup&gt;5&lt;/sup&gt;</td>
<td>331 x 100 000 NV</td>
<td>337 x 100 000 NV</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<sup>1</sup> Estimaciones INEI, 1996.
<sup>2</sup> INEI, Censo Nacional de Población y Vivienda 1993.
2.4. Perfil epidemiológico de las enfermedades tropicales en La Convención

Si usáramos el enfoque de la "teoría de la transición epidemiológica", deberíamos caracterizar el perfil epidemiológico de La Convención como pretransicional. Sin embargo, dicha caracterización tendría el límite de no dar cuenta de los diferentes tipos de situaciones pretransicionales existentes en toda premodernidad epidemiológica. La Convención siempre habría sido pretransicional por el amplio predominio de enfermedades infecciosas y no sería importante diferenciar procesos epidemiológicos, variaciones, avances, retrocesos y nuevos desarrollos epidemiológicos dentro de ese status premoderno. Por otro lado, la teoría de la transición supone la evolución de lo pretransicional a lo postransicional como un proceso necesario, admitiendo como "anomalías" del paradigma procesos de "transición prolongada" o de "transición irresuelta", que se expresarían en los cortes transversales como "superposiciones epidemiológicas". La tesis alternativa de la "acumulación epidemiológica" constata en forma descriptiva esta yuxtaposición, resultante de procesos sociales y epidemiológicos que no busca analizar. Por tanto, la teoría de la transición epidemiológica es uno de los posibles caminos de la evolución epidemiológica de un espacio-población, pero hay otros, lo que debe obligarnos a aprehender todas las variantes que debería comprender una "teoría de los procesos epidemiológicos".

La Convención representa una de estas variantes en que el escenario sigue siendo premoderno, como hace varias décadas, pero con nuevas características. Por un lado, ya no existe la alta mortalidad propia de las epidemias sin servicios de salud, pero el escenario sigue dominado por endemias, epidemias y alta morbilidad evitable. Por otro lado, en la década de los noventa ha habido una reemergencia de las enfermedades tropicales en la zona que aún no ha sido superada debido al desgobierno ambiental representado por las graves carencias de saneamiento básico, la realización de algunas actividades extractivas con alta desprotección, la presencia de vectores y de agentes infecciosos vinculados con la transmisión oro-fecal y las conductas de riesgo de la población. De un tropicalismo absolutamente descontrolado, reseñado en el capítulo anterior, se pasó a una situación de semicontrol pero sin superarse nunca una situación general de defensiva sanitaria promovida por los patrones de asentamiento territorial selváticos.

Pese a los avances dados en la última década en el control de las enfermedades tropicales, aún no se ha logrado salir de una situación preocupante con respecto a estas enfermedades. A este proceso epidemiológico regional se han añadido superposiciones y nuevas dinámicas epidemiológicas generadas por formas productivas y relaciones sociales generadas por enclaves productivo-comerciales al interior del Cusco y La Convención -el turismo, la exploración del gas de Camisea- o por la inclusión de este espacio productivo en la economía globalizada del narcotráfico o de la exportación agrícola. El perfil social paradójico de muchas provincias peruanas, con "poblaciones excluidas pero globalizadas", también se refleja en el perfil epidemiológico contradictorio de la franja de ceja de selva y selva: violencia premoderna combinada con la violencia del narcotráfico, medicina ocupacional de trabajadores de campamentos combinada con enfermedades selváticas, enfermedades de transmisión sexual asociadas a la economía del turismo, epidemiología urbana sin mayor urbanismo.

En cuanto a nuestro objeto de estudio -que son las enfermedades tropicales asociadas a los
síndromes íctero febril hemorrágico agudo- la provincia se muestra como un nicho ecológico de vectores que han perpetuado un conjunto de enfermedades metaxénicas entre las que destacan la fiebre amarilla, la malaria, la leishmaniasis y recientemente la bartonellosis o enfermedad de Carrión. Además, el reciente apoyo diagnóstico de laboratorio ha permitido diagnosticar casos humanos de la zoonosis denominada leptospirosis, sabiendo además que esta zona es un área de alta transmisión de hepatitis B e, incluso, para casos esporádicos de la temible y letal hepatitis delta\textsuperscript{1,2,3}.

Estas enfermedades cursan con una variedad de presentaciones clínicas. Así, hay cuadros asintomáticos, oligo y polisintomáticos; hay casos fatales que en su mayor parte obedecen a cuadros clínicos agudos y fulminantes de fiebre, ictericia, compromiso hepático, manifestaciones hemorrágicas, coma y fallecimiento. Las características clínicas y fisiopatológicas comunes de estas enfermedades han motivado que durante años no se haya profundizado en la etiología de las mismas y se les haya atribuido a hepatitis virales o fiebre amarilla. Precisamente la vigilancia sindrómica es una estrategia destinada a aprovechar al máximo la oportunidad de detección y las posibilidades de intervención ante la presentación del síndrome febril íctérico agudo/ hemorrágico agudo\textsuperscript{4}.

_**Fiebre amarilla**_

Esta enfermedad metaxénica es una de las más serias amenazas para la salud pública local en nuestro país\textsuperscript{5}. Tiene dos patrones de transmisión: la fiebre amarilla urbana (FAU) y la selvática (FAS), cada una con características epidemiológicas específicas. En la provincia de La Convención, esta arbovirosis existe en la forma FAS, causada por un virus perteneciente a la familia *Flavivirus* y transmitida por vectores de los géneros *Haemagogus* y *Sabethes*.

La FAS presenta un patrón endemo-epidémico\textsuperscript{6}. El último brote ocurrió en 1998. La

---

\textsuperscript{1} DISA Cusco. "Análisis de situación de salud y determinación de prioridades sanitarias". 2000.


migración es el factor social crucial determinante de la epidemiología de la FAS en la provincia de La Convención.

La literatura menciona que en zonas endemo-epidémicas como La Convención, los ciclos de reactivación viral se producen cada cinco a diez años, patrón que se ha venido presentando en la provincia desde los años ochenta. Desde entonces se han presentado dos brotes epidémicos de fiebre amarilla, como se puede observar en la evolución 1987-1999 de la enfermedad\(^7\).

Las autoridades sanitarias asocian la ocurrencia del brote de 1998 con los cambios ecológicos y ambientales ocasionados por el fenómeno El Niño. Dicho brote afectó a casi toda la provincia. La zona más afectada fue el Medio Urubamba (distritos de Echarate y Santa Ana), especialmente las localidades de Kamankiriato, Yomentoni, Pachiri, Manguriari, Tintiniquiato, Unión Arenal, Kumpirushiato y Kiteni.

**Casos de fiebre amarilla en La Convención, 1987-1999**

[Diagrama de casos de fiebre amarilla]

Fuente: Oficina de Epidemiología DISA Cusco, 1999

La enfermedad afectó predominantemente a la población en edad productiva (14 a 29 años), en su mayoría migrantes de las zonas altoandinas del departamento (provincias de Acomayo, Canchis y Quispicanchis), es decir, personas no inmunes que por oportunidades laborales de índole agrícola (cosecha de café, cacao, achiote) ingresan a zonas de circulación viral. En tales condiciones se volvieron susceptibles a la infección, en especial al no estar vacunados contra la fiebre amarilla. El último brote de fiebre amarilla, en 1998, afectó a casi toda la

\(^7\) Boletín Epidemiológico S.E. 52 1998. Oficina General de Epidemiología, MINSA.
provincia. A continuación se resumen la casuística y los indicadores epidemiológicos.
### Casos de fiebre amarilla en La Convención en 1998

<table>
<thead>
<tr>
<th>Distrito</th>
<th>Notificados</th>
<th>Confirmados</th>
<th>Fallecidos</th>
<th>Tasa de incidencia x 1000</th>
<th>Tasa de letalidad</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Echarate</td>
<td>129</td>
<td>29</td>
<td>31</td>
<td>0,56</td>
<td>24%</td>
</tr>
<tr>
<td>Huayopata</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0,11</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Maranura</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Quellouno</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Santa Ana</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0,03</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Vilcabamba</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Otros</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td><strong>139</strong></td>
<td><strong>31</strong></td>
<td><strong>33</strong></td>
<td><strong>1,10</strong></td>
<td><strong>24%</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: Oficina de Epidemiología UBAS Santa Ana, Reporte Epidemiológico Anual, 1999

### Indicadores del brote de fiebre amarilla de 1998 en La Convención

<table>
<thead>
<tr>
<th>Indicadores</th>
<th>1998</th>
<th>1999</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Distritos afectados</td>
<td>Echarate</td>
<td>Echarate</td>
</tr>
<tr>
<td>Población en riesgo (hab.)</td>
<td>54 345</td>
<td>56 624</td>
</tr>
<tr>
<td>Casos confirmados por laboratorio</td>
<td>31</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Incidencia acumulada x 100 000</td>
<td>57,04</td>
<td>1,76</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Fallecidos</strong></td>
<td>11</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Tasa de letalidad (%)</strong></td>
<td>35,48</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Altitud</td>
<td>667 msnm</td>
<td>Idem</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Vectores identificados</strong></td>
<td><em>Haemagogus sp./ Aedes taeniorrinchus / Aedes escapularis / Sabethes bilisarion / Sabetehes sp.</em></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>


En 1998, en el distrito de Echarate se notificaron 129 casos sospechosos de fiebre amarilla, de los cuales se confirmaron 31. También se notificaron sospechosos en Santa Ana, Maranura, Quellouno, Kosiñipata, Huayopata, e incluso en Vilcabamba. En el año 2000 se reportó hasta la semana epidemiológica número 28 un caso sospechoso en el distrito de Echarate, que finalmente falleció.
Malaria

Enfermedad histórica para la provincia, el hospital de Quillabamba se construyó en 1934 precisamente como consecuencia de uno de los brotes más graves de malaria que azotó la provincia. Todo hace presumir que dicho brote fue causado por el temible Plasmodium falciparum.

Los distritos de Echarate y Kimbiri son los de mayor endemicidad. La curva histórica de la malaria en ambos distritos se muestra en los siguientes gráficos.

Casos de malaria vivax en la UBASS Kimbiri, 1997-1999


En el distrito de Kimbiri, desde 1997 se observa una curva estacionaria con un pico de reactivación de transmisión malárica hacia el último trimestre de 1998. En 1999, aunque los casos disminuyeron, se observa una estacionariedad de la malaria, que asume una característica endémica.

En el distrito de Echarate es claro que el patrón epidémico se presentó en 1997, específicamente en el segundo semestre. Luego hubo una franca disminución de casos en el distrito, que se mantuvo en niveles considerados

como de “seguridad”. Esto se debería a las medidas integrales de intervención desarrolladas por las autoridades sanitarias locales.

Malaria vivax UBASS Santa Ana, 1997-1999


Es evidente que el brote en la provincia de La Convención ocurrió durante los años 1997-1998 y que afectó en un inicio Echarate y posteriormente Kimbiri, pero luego se extendió a toda la provincia. La población más afectada fue la población económicamente activa.

Distribución de casos de malaria vivax por distritos, 1995-1998

<table>
<thead>
<tr>
<th>Distritos</th>
<th>Número de casos</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Echarate</td>
<td>513</td>
</tr>
<tr>
<td>Huayopata</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Maranura</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Occobamba</td>
<td>155</td>
</tr>
<tr>
<td>Quellouno</td>
<td>717</td>
</tr>
<tr>
<td>Santa ana</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Santa teresa</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Vilcabamba</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Kimbiri-Pichari</td>
<td>308</td>
</tr>
</tbody>
</table>

La zona de mayor transmisión de malaria en la provincia comprendió los distritos de Echarate y Kimbiri. Esto se observa analizando las tasas de incidencia, como el Índice Parasitario Anual (IPA).

Malaria vivax: Índice Parasitario Anual (IPA), 1995-1998

Malaria vivax en los distritos de Kimbiri-Pichari, 1995-1998

Los gráficos expresan el incremento de la incidencia de malaria en Kimbiri. Desafortunadamente esta característica persiste hasta la fecha. Al parecer, traduce debilidades en las acciones de control puestas en marcha hasta hoy. En 1999 se reportaron 2009 casos de malaria vivax, con un IPA de 13,77. Éste último es menor que el de 1998 (32,83 x 1000 habitantes), lo que representa una disminución de 60%. Cabe indicar que en el ámbito de las UBAS Santa Ana y Kimbiri en 1999 hay un total de nueve distritos, siendo uno de muy alto riesgo (Kimbiri), tres de alto riesgo (Echarate, Maranura y Santa Teresa), dos de mediano riesgo (Quellouno y Vilcabamba) y tres de bajo riesgo (Huayopata, Occobamba y Santa Ana).

Estratificación epidemiológica de malaria vivax: provincia de La Convención

<table>
<thead>
<tr>
<th>Estrato</th>
<th>1997</th>
<th>1998</th>
<th>1999</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>IPA mayor de 50</td>
<td>Echarate, Kimbiri</td>
<td>Kimbiri, Echarate</td>
<td>Kimbiri</td>
</tr>
<tr>
<td>Muy alto riesgo</td>
<td>Quellouno, Occobamba, Santa Ana, Maranura</td>
<td>Maranura, Quellouno, Occobamba, Santa Teresa, Santa Ana</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>IPA 10-50</td>
<td>Huayopata</td>
<td>Echarate, Maranura</td>
<td>Echarate, Maranura</td>
</tr>
<tr>
<td>Alto riesgo</td>
<td>Santa teresa</td>
<td>Santa Teresa</td>
<td>Santa Teresa</td>
</tr>
<tr>
<td>IPA 5-10</td>
<td></td>
<td>Vilcabamba</td>
<td>Quellouno</td>
</tr>
<tr>
<td>Mediano riesgo</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Vilcabamba</td>
</tr>
<tr>
<td>IPA menor de 5</td>
<td>Vilcabamba</td>
<td>Huayopata</td>
<td>Huayopata</td>
</tr>
<tr>
<td>bajo riesgo</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Occobamba, Santa</td>
</tr>
</tbody>
</table>

La conclusión más evidente es que la transmisión malárica está en descenso en la provincia de La Convención, salvo en el distrito de Kimbiri, colindante con la selva de Ayacucho. Hay una evolución decreciente del riesgo malárico en la mayoría de distritos en comparación con los años 1997-1998. Pese a la semejanza de las condiciones ecológicas, ambientales y vectoriales entre los distritos de Echarate y Kimbiri, sus evoluciones epidemiológicas vienen siendo muy diferentes. Esto se hace más evidente observando el mapa epidemiológico del año 2000.

Malaria vivax, mapa de riesgo epidemiológico

Provincia La Convención, 2000 (S.E. 22)

En el año 2000, hasta la semana epidemiológica número 22 se reportaron 222 casos de malaria por *P. Vivax* en la provincia, la mayoría perteneciente al distrito de Echarate, cuyos casos representan el 26% del total de casos del departamento del Cusco.

---

Casos de malaria en La Convención y Cusco

<table>
<thead>
<tr>
<th>Distritos</th>
<th>Casos de malaria vivax</th>
<th>%</th>
<th>Riesgo de transmisión</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kimbiri -Pichari</td>
<td>459</td>
<td>53</td>
<td>Muy alto</td>
</tr>
<tr>
<td>Echarate</td>
<td>105</td>
<td>26</td>
<td>Alto</td>
</tr>
<tr>
<td>Maranura</td>
<td>54</td>
<td>13</td>
<td>Alto</td>
</tr>
<tr>
<td>Resto del departamento</td>
<td>253</td>
<td>29</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DISA Cusco</td>
<td>871</td>
<td>100</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: Dirección de Epidemiología, DISA Cusco, Boletín epidemiológico. Semana epidemiológica N° 22, año 2000

Actualmente el distrito de Kimbiri es el de mayor endemicidad para P. Vivax. Su casuística representa el 53% del total de reportes de la DISA.

En 1999 se reportó un caso aislado de malaria por P. Falciparum, aparentemente autóctono en el distrito de Echarate. Esto motivó una rápida intervención en el distrito. Desde entonces no se han registrado nuevos casos. Sin embargo, las condiciones para la reintroducción de esta especie parasitaria están dadas, por lo que cabe poner especial énfasis en las acciones de prevención.

Bartonellosis

Esta enfermedad metaxénica perteneciente al grupo de las emergentes fue reportada por “primera” vez en la semana epidemiológica número 4 del año 1998 (Registros de Notificación Epidemiológica- RENACE)\textsuperscript{10}. Es causada por la bacteria Bartonella bacilliforme y trasmitida al hombre por insectos del género Lutzomya (llamado comúnmente “manta blanca” o “q’hete”). Se presenta con una fase aguda que comprende fiebre y anemia aguda con rápida postración y deterioro del estado general del paciente, para luego pasarse a la fase crónica de la enfermedad (verrucosa). Las cepas de bartonella son sumamente sensibles a cloranfenicol, penicilinas y tetraciclinas.

Sin embargo, hay antecedentes previos de esta enfermedad en La Convención. Existen reportes de ella de 1985 (pacientes con síndrome febril anemizante cuya prognosis mejoraba espectacularmente con antibióticos comunes). Además, hay un reporte de 1994 de un paciente con cuadro febril y anemia aguda procedente de La Convención, tratado en un hospital de la ciudad de Lima, cuyo diagnóstico fue bartonellosis\textsuperscript{11}

\textsuperscript{11} Loja, D. “Bartonelosis: Reporte de un caso procedente de zona no endémica y
Desde 1997 el departamento del Cusco está sufriendo un brote de esta enfermedad que afecta a las provincias de Urubamba, Calca, Quispicanchis y La Convención. Las autoridades sanitarias del departamento consideran que dicho brote tuvo como foco de inicio la provincia de La Convención\(^{12,13}\). A raíz de su detección oficial en 1998, se decide incluir el reporte de este daño dentro del grupo de las enfermedades de notificación obligatoria. A partir de ese año se encuentra información disponible en las fuentes del Ministerio de Salud. En el siguiente cuadro se presentan los casos registrados según distritos.

Bartonellosis en la provincia de La Convención, años 1998-2000

<table>
<thead>
<tr>
<th>Distritos</th>
<th>1998</th>
<th>1999</th>
<th>2000 (*)</th>
<th>TOTAL</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Echarte</td>
<td>7</td>
<td>44</td>
<td>0</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td>Maranura</td>
<td>31</td>
<td>7</td>
<td>8</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>Santa Ana</td>
<td>17</td>
<td>47</td>
<td>1</td>
<td>65</td>
</tr>
<tr>
<td>Quelluno</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Huayopata</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Ocobamba</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Santa Teresa</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Vilcabamba</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>TOTAL</td>
<td>66</td>
<td>113</td>
<td>17</td>
<td>196</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Los distritos de Santa Ana, Maranura y Echarate son los de mayor casuística para los años recientes. Todas las evidencias apuntan a sugerir que no estamos ante una reciente "emergencia" de esta enfermedad sino ante una patología que ya existía mucho antes y que fue confundida por los clínicos locales con episodios de hepatitis. La disponibilidad reciente de medios diagnósticos la hace evidente desde hace dos años. Es más, hay reportes de casos aislados anteriores a 1998 que tuvieron el diagnóstico de bartonellosis en fase aguda -tratados incluso en la ciudad de Lima- de pacientes procedentes de Echarate.


Al parecer esta enfermedad no tiene relación con la condición de migración. En un estudio retrospectivo de 41 casos confirmados de bartonellosis se observó que el 55% de ellos no eran migrantes.

En la mayoría de casos se observa la fase aguda (anémica de la enfermedad) y un grupo llega a complicarse (15-20%). No hay casos de la forma verrucosa. A continuación se muestran los indicadores de casos de incidencia, variedad clínica y letalidad en los últimos dos años.
Indicadores de casos 1998-1999

<table>
<thead>
<tr>
<th>Indicador</th>
<th>1998</th>
<th>1999</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>N° Nº</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Incidencia</td>
<td>108</td>
<td>57</td>
</tr>
<tr>
<td>* Aguda</td>
<td>86</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td>* Grave complicada</td>
<td>22</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Mortalidad</td>
<td>5</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Letalidad x 100 casos</td>
<td>5</td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>


En el año 2000, hasta la semana epidemiológica número 22, en la provincia se reportó un total de trece casos, de los cuales ocho corresponden al distrito de Maranura.

**Hepatitis B**

Esta enfermedad viral es conocida como endémica en la provincia desde varias décadas atrás. La hepatitis viral es una causa importante de morbimortalidad, tanto por su presentación como por sus consecuencias a mediano y largo plazo para el paciente. La variedad más frecuente es la producida por el virus B.

La hepatitis B causa un cuadro febril icterico que puede tener intensidades distintas, incluso ocasional en el enfermo insuficiencia hepática, compromiso neurológico y muerte. De los pacientes que sobreviven a la infección aguda, algunos de ellos pueden desarrollar la fase crónica, que se caracteriza por complicaciones hepáticas como hígado graso, cirrosis y carcinoma hepatocelular. Su transmisión se relaciona con el contagio de persona a persona a través de conductas sexuales de riesgo, transfusión de sangre o derivados, ya que el virus presenta altísimas concentraciones en fluidos corporales (sangre, semen, líquido vaginal, secreciones). Afecta a diversos grupos etáreos, incluso a población escolar, por lo que se han postulado otros mecanismos de transmisión a los conocidos (transmisión parenteral y por vía sexual), tal vez por vectores o por vía oro-fecal (semejante a la transmisión del virus de la hepatitis A)\(^{14}\).

\(^{14}\) Cabezas C. Epidemiología de las hepatitis virales B (HVB) y Delta (HVD) en el Perú. INS, 1999.
En el gráfico anterior se pudo apreciar la siguiente curva histórica de esta enfermedad en la UBAS Santa Ana. Sin embargo, esta enfermedad también es endémica en la zona. Un estudio revisó los casos de hepatitis viral B de los años 1985-1989, encontrando que esta afección era la séptima causa de morbilidad en el hospital de Quillabamba. La casuística acumulada para dicho periodo fue la que se muestra a continuación.

Casos de hepatitis en la provincia de La Convención, 1985-1989

<table>
<thead>
<tr>
<th>Año</th>
<th>N° de casos</th>
<th>Tasa de incidencia</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1985</td>
<td>129</td>
<td>0,92 $\times$ 1000 anual</td>
</tr>
<tr>
<td>1986</td>
<td>105</td>
<td>0,78 $\times$ 1000 anual</td>
</tr>
<tr>
<td>1987</td>
<td>112</td>
<td>0,80 $\times$ 1000 anual</td>
</tr>
<tr>
<td>1988</td>
<td>81</td>
<td>0,65 $\times$ 1000 anual</td>
</tr>
<tr>
<td>1989</td>
<td>103</td>
<td>0,74 $\times$ 1000 anual</td>
</tr>
<tr>
<td>Todo el período</td>
<td>544</td>
<td>3,88 $\times$ 5 años</td>
</tr>
</tbody>
</table>


De esta serie, el 56% procedía de Santa Ana, el 29% de Echarate y el resto de los demás distritos de la provincia. La letalidad de esta serie es alta 22%. Cabe señalar que los
pacientes en su mayoría eran positivos a Ags HB.

En octubre de 1989 se tomaron muestras séricas al personal de salud del hospital Quillabamba. Se encontró que el 35% tenía positividad al AgsHB\(^{15}\).

Desde hace tres años esta enfermedad se ha incluido en la notificación epidemiológica semanal. En 1999 y en el 2000, esta enfermedad se distribuyó en la provincia, conforme se muestra en la tabla.

**Casos de hepatitis B en La Convención, años 1999 y 2000**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Distritos</th>
<th>1999</th>
<th>1999</th>
<th>2000*</th>
<th>2000*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Casos</td>
<td>Fallecidos</td>
<td>Casos notificados</td>
<td>Casos confirmados</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Santa Ana</td>
<td>72</td>
<td>1</td>
<td>26</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>Echarate</td>
<td>18</td>
<td>1</td>
<td>54</td>
<td>54</td>
</tr>
<tr>
<td>Maranura</td>
<td>8</td>
<td></td>
<td>8</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Quellouno</td>
<td>2</td>
<td></td>
<td>5</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Santa Teresa</td>
<td>4</td>
<td></td>
<td>5</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Huayopata</td>
<td></td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vilcabamba</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Occobamba</td>
<td></td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kimbiri</td>
<td></td>
<td>16</td>
<td>15</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>107</td>
<td>2</td>
<td>123</td>
<td>111</td>
</tr>
</tbody>
</table>


De las enfermedades que estamos estudiando, la hepatitis B es la décima causa de internamiento en el hospital de Quillabamba (año 1999). La hepatitis B es endémica en la provincia, siendo los distritos de Echarate y Santa Ana los que presentan mayor número de casos\(^{16}\).

Leptospirosis

Zoonosis caracterizada por la infección humana por bacterias del género *Leptospirae*,


cuyos focos epidemiológicos existen en varias partes del país, su reconocimiento es de difícil diagnóstico\textsuperscript{17}.

Ésta es una zoonosis de reciente diagnóstico en la provincia. Clínicamente se han detectado portadores asintomáticos y casos graves caracterizados por ictericia, fiebre, hemorragia, confusión mental y muerte.

Debido a su frecuente presentación oligosintomática es difícil medir su real magnitud. Sin embargo, desde 1998 se han registrado casos esporádicos. En mayo de 1998, a partir de un brote caracterizado por tos, fiebre y malestar general en la localidad de Tipishiari (La Convención) se identificaron 23 personas positivas a leptospirosis (16 Elisa - Ig M, 7 Elisa - Ig G). En julio de 1998, en un estudio de seroprevalencia de leptospirosis en Echarate se tomaron muestras a 164 personas asintomáticas residentes en la zona y se encontró una positividad del 25\textsuperscript{\%}\textsuperscript{18}. Hasta la S.E. 26 del año 2000 se reportaron tres casos confirmados de esta enfermedad en el distrito de Echarate, dos de los cuales fallecieron; el otro era portador asintomático\textsuperscript{19}.

Es de suponer que esta enfermedad haya existido desde décadas atrás, pero probablemente los clínicos de la zona la diagnosticaban como hepatitis.


\textsuperscript{19} DISA Cusco. UBAS Santa Ana. "Evaluación I semestre del año 2000". Vigilancia Epidemiológica.
Se tiene información que indica que en la provincia existe desde 1987. Incluso en el hospital de Quillabamba, a mediados de los ochenta, el protocolo de manejo de pacientes con fiebre e ictericia incluía la prescripción de ampicilina, antibiótico eficaz en la fase inicial de leptospirosis\textsuperscript{20}.

La disponibilidad actual de la tecnología de laboratorio la ha hecho definitivamente evidente.

\textit{Hallazgos entomológicos}

Desde 1999 la UBAS Santa Ana ha coordinado acciones con el Laboratorio Referencial Regional del Cusco (División de Entomología) para levantar el mapa entomológico, es decir, clasificar las principales especies de vectores existentes en la provincia que estén involucrados en la transmisión de las enfermedades metabólicas de interés, con el fin de orientar las acciones de control vectorial\textsuperscript{21}. A renglón seguido mostramos los vectores identificados.

Distribución de vectores según distritos en la provincia de La Convención, 1999.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Distrito</th>
<th>Malaria</th>
<th>Fiebre amarilla</th>
<th>Dengue</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Echarate</td>
<td>\textit{Anophles pseudopunctipennis}, \textit{benarrochi}, \textit{rangeli}, \textit{albitarsis}, \textit{oswaldoi}, \textit{triannulatus}, \textit{nuneztovari}</td>
<td>\textit{Sabethes shanoni} \textit{Sabethes belisariori}</td>
<td>\textit{Aedes sp.} \textit{Aedes taeniorynchus} \textit{Aedes sequiaris}</td>
</tr>
<tr>
<td>Kimbiri-Pichari</td>
<td>\textit{Anopheles benarrochi}, \textit{rangeli}, \textit{mediopunctatus}, \textit{nuneztovari}, \textit{pseudopunctipennis}, \textit{oswaldoi}</td>
<td>\textit{Sabethes shanoni}</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Santa Ana</td>
<td>\textit{Anopheles rangeli}, \textit{aiseni}, \textit{argyntarsis}, \textit{tibiomaculatus}</td>
<td>\textit{Haemagogus sp.} \textit{Sabethes belisariori}</td>
<td>\textit{Aedes sp.}</td>
</tr>
<tr>
<td>Quellouno</td>
<td>\textit{Anophles pseudopunctipennis}, \textit{argyntarsis}, \textit{rangeli},</td>
<td>\textit{Haemagogus yantinomis}</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

\textsuperscript{20} Canales J. "Análisis de las enfermedades hemorrágicas en Quillabamba". Informe no publicado.


| Maranura | Anopheles pseudopunctipennis, argyritarsis |

Presencia de vectores de malaria en La Convención, 1999

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vectores</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>An. Pseudopunctipennis</td>
<td>67,6</td>
</tr>
<tr>
<td>An. Evansae</td>
<td>17,0</td>
</tr>
<tr>
<td>An. Benarrochi</td>
<td>7,0</td>
</tr>
<tr>
<td>An. Argyritarsis</td>
<td>5,4</td>
</tr>
<tr>
<td>An. Mediopunctatus</td>
<td>2,4</td>
</tr>
<tr>
<td>An. Rangeli</td>
<td>0,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>100,0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Hay reportes de vigilancia sindrómica en la UBAS Santa Ana desde la semana 37 de 1999, momento en el cual se inicia oficialmente la notificación obligatoria en los establecimientos de salud de la provincia. No hemos encontrado registros en la UBAS de notificación sindrómica comunal. El resumen estadístico de las notificaciones se compendia en la tabla que sigue. Se observa que durante 1999 se realizaron veinticuatro notificaciones, de las cuales el 29% correspondió a síndrome febril hemorrágico agudo (SIFHA). Del total de notificaciones, el 63% permanece sin resultado y el 29% tiene como etiología la hepatitis B. Se reportaron tres fallecidos. Además, el 42% (10) de las notificaciones procedieron del hospital de Quillabamba y el resto de la periferia (14).

Notificaciones de SIFHA en La Convención, 1999

---

<table>
<thead>
<tr>
<th>Casos notificados</th>
<th>Número de notificaciones</th>
<th>Características del síndrome</th>
<th>Resultado de laboratorio</th>
<th>Fallecidos (etiología)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>SIA</td>
<td>SIFHA</td>
<td>HB</td>
<td>Bartonella</td>
</tr>
<tr>
<td>1999 (S.E. 37-52)</td>
<td>24</td>
<td>17 (81%)</td>
<td>7 (29%)</td>
<td>7 (29%)</td>
</tr>
<tr>
<td>2000 (S.E. 1-27)</td>
<td>121</td>
<td>83 (69%)</td>
<td>38 (31%)</td>
<td>54 (45%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>


En el año 2000 (hasta la S.E. 27), se hizo un total de 121 notificaciones, de las cuales el 31% correspondieron a la forma SIFHA. Con relación a los resultados de laboratorio, el 44% no tiene resultados, el 45% tiene como etiología al virus de la hepatitis B y un 7% a leptosira. Se reportaron cuatro fallecidos, todos por hepatitis B. Del total de notificaciones el 75% (91) fue realizado por los establecimientos de la periferia y el resto procede de la notificación hospitalaria.

Asimismo, el valor predictivo del modelo fue del 57% (año 1999: VPP = 9/24 x 100% = 38%; año 2000: 68/121 = 57%), lo que significa que en 1999, desde el inicio del modelo, la calificación realizada por el personal de salud de la red con relación a la vigilancia sindrómica tiene una probabilidad del 38% de que el caso notificado corresponda efectivamente a uno de los daños responsables de vigilancia sindrómica. Este valor es subóptimo y mejora ostensiblemente a un 57% durante el transcurso del año 2000. Por ello consideramos que el modelo de vigilancia sindrómica exige ser monitoreado en relación a su rendimiento.
Capítulo 3
La cultura sanitaria de los colonos de San Francisco y La Convención asociada al SIFHA

Es posible establecer una tipología de identidades socioculturales en las poblaciones con las cuales trabaja el sector salud en estas zonas: los migrantes temporales, que representan el polo cultural andino serrano más "puro"; los colonos, que en general representan la cultura andina en la selva con diferentes tiempos de asentamiento e hibridaciones culturales muy diversas; y los nativos, el polo selvático originario, impactado de todas maneras por las cultura andina y criolla por su contacto con ellas a través de la historia. La población inmensamente mayoritaria es la colona.

Esta organización de las identidades socioculturales en tres prototipos (colonos, nativos y migrantes temporales) no existe a manera de compartimentos estancos pero es un recurso metodológico útil que expresa los comportamientos poblacionales. Sin embargo, no es la única diferenciación de identidades culturales por hacer. También es necesario atender a otra tipología útil: entre poblaciones de colonos recientes y poblaciones de colonos consolidados. Así, se ha constatado que, si bien hay muchas similitudes entre los colonos de ambos valles, también hay una diferencia general entre las culturas sanitarias de los colonos del río Apurímac y los de La Convención. La nosología popular en salud de San Francisco es más andina y serrana, más tradicional, mientras que la nosología popular de La Convención es más "mestiza" y relativamente más próxima a las categorías de la medicina profesional, si bien con todas las hibridaciones culturales propias de nuestra heterogeneidad cultural.

En San Francisco hay más terminología popular que en La Convención y es más generalizada la creencia en la denominada “enfermedad del alcanzo”, de tipo mágico-religioso, cuyo equivalente es el “susto” cusqueño. En La Convención hay una mayor alusión directa a las enfermedades bajo su denominación biomédica y hay menor presencia relativa de curanderos y de la medicina tradicional. Este matiz debe tomarse con cuidado, porque la cultura convenciana no es de ninguna manera una cultura urbana-costeña. Pero se deduce de las entrevistas y grupos focales que la identidad en salud
del colono de Ayacucho es de migrantes más recientes -de primera y segunda generación- y la del colono convenciano de migrantes más consolidados o antiguos, de tercera y cuarta generación.

Sin embargo, no se ha encontrado polos culturales puros sino un espectro de hibridaciones. Por ello nuestros resultados también indican, junto a la presencia de concepciones y actitudes tradicionales, la influencia nada desdeñable de la biomedicina en el pensar popular. En realidad, en ambas zonas existe la convivencia de elementos culturales de diverso origen, pues en ambos lugares existe heterogeneidad en sus poblaciones y personas.

Esta heterogeneidad se expresa en la nosología popular en salud existente en la zona, que comprende la coexistencia en la población de tres grandes interpretaciones de las enfermedades. La primera es la de “enfermedades del calor”, la segunda la de enfermedades con nombres y atributos biomédicos, y la tercera la del “alcanzo”, asociado a un origen mágico o sobrenatural. En la mentalidad del colono las enfermedades de calor no son incompatibles con el uso de nombres biomédicos de enfermedades: más bien se dan simultáneamente en la mayoría de los casos. Generalmente se piensa que enfermedades como la malaria, la hepatitis, la tifoidea o la fiebre amarilla representan también una pérdida del equilibrio frío-calor. Así, es muy común que se combinen los medicamentos con las terapias caseras.

Pero en ambos valles las enfermedades de origen mágico o sobrenatural no guardan relación con los otros dos tipos de interpretaciones. Es decir, cuando se trata de daño o alcanzo no puede tratarse de hepatitis o malaria o de una enfermedad sin nombre específico producida por exceso de calor. Para la mayoría, el tratamiento para el alcanzo es mágico y se acude al curandero. En este caso no pueden mezclarse la medicina andina y la profesional occidental. Es más, en todos los casos las primeras opciones de atención siempre son la automedicación, el recurso al curandero o el consejo de cierto tipo de proveedores, como los boticarios, que en Ayacucho suelen ser los mismos promotores de salud y en Cusco se trata en algunos casos de ex técnicos del Ministerio de Salud. Por lo general la opción de acudir a los establecimientos de salud es la última opción.
3.1. Nosología popular en salud de los colonos de San Francisco y La Convención

Las entrevistas en profundidad con los pobladores de las comunidades se realizaron siguiendo dos caminos metodológicos. El primero fue pedir a los pobladores una descripción de casos de personas con signos correspondientes al síndrome ictérico y febril hemorrágico agudo (SIFHA), preguntándoles cómo se presentaron, cómo se interpretaron, qué acciones se tomaron y cómo se interpretaron éstas. Al mismo tiempo se les pidió nos hablaran de los signos, acciones y significados de otros miembros de su comunidad. El segundo camino metodológico consistió en preguntarles en forma más directa por los nombres específicos de las enfermedades, tanto sus nombres biomédicos (hepatitis, fiebre amarilla, malaria) como los propios, que fuimos listando desde nuestras primeras entrevistas. Esta aclaración es importante para comprender los resultados que expondremos a continuación.

Conocimiento popular de los signos y síntomas

La primera constatación que destaca es que los pobladores hablan en forma indistinta de signos, síntomas y enfermedades. Por ello se deduce que los pobladores no tienen ideas precisas sobre los males que advierten en las personas. En general no hay certeza en la cultura colon y nativa de Ayacucho y Cusco sobre los signos, síntomas, síndromes y enfermedades. No hay rastros de la taxonomía que diferencia estos conceptos en la medicina profesional: se yuxtaponen. Por tanto, no existe la distinción entre signo, síntoma, síndrome o enfermedad.

Ciertamente, la mayor o menor precisión de los entrevistados no ha sido uniforme: varía conforme a la experiencia previa con respecto a los síndromes. En este aspecto, la diferencia entre los colonos del valle del río Apurímac y los de La Convención estriba en que la nosología popular de San Francisco tiene menos interiorizado el discurso biomédico y en que hay mayor presencia de elementos mágicos y folklóricos. Sin embargo, tanto en La Convención como en San Francisco las categorías de frío y calor son omnipresentes y se tiene un amplio conocimiento de las plantas y remedios naturales.
Por otro lado, las personas no son expertas en diferenciar las enfermedades, y al momento de actuar, atacan principalmente los síntomas que perciben. Es decir, ellos pueden atribuir un nombre a la enfermedad o suponer que se trata de una enfermedad específica, pero de momento tratan de curar la fiebre, los dolores de estómago o cualquier síntoma, ya sea con hierbas o medicamentos. No existe la idea organizada de enfermedad de la medicina, salvo en sectores con cierta formación.

Cabe señalar que los nombres de los síndromes -síndromes ictérico y febril hemorrágico agudo- no eran conocidos en absoluto por los pobladores entrevistados, y ni siquiera por la mayoría de promotores.

**Convergencias y divergencias entre la terminología popular y la biomédica**

Los nombres de “signos-síntomas-enfermedades” a que aludieron los entrevistados variaron desde paludismo, hepatitis, tifoidea o fiebre amarilla hasta nombres de enfermedades de terminología *folk* como alcanzo, susto o mal aire. Aquí, la diferencia entre Ayacucho y Cusco radica en que en San Francisco hay una fuerte presencia de terminología *folk*, mientras que en La Convención no la hay.

Cabe destacar que los pobladores de ambas zonas a veces usaban los nombres biomédicos, pero sus interpretaciones de las enfermedades eran muy lejanas de las concepciones académicas. Sin embargo, en varias ocasiones se produjo una coincidencia entre lo biomédico y lo popular.

Los resultados indican también, junto a la presencia de concepciones y actitudes tradicionales, la influencia nada desdeñable de la biomedicina en el pensar popular. Esta influencia varía según las capas sociales y categorías ocupacionales y en algunas zonas más que en otras (destacan las que han recibido campañas educativas). Se recogieron opiniones de pobladores que diferenciaban varias de estas enfermedades y no las agrupaban indistintamente. Sin embargo, más común fue la confusión entre las diversas enfermedades o la referencia indistinta a varias de ellas para describir un mismo episodio de enfermedad.

Por tanto, se ha constatado heterogeneidad en la nosología popular sobre la salud en ambos valles. Ello quiere decir que no hay una división en dos sectores: aquellos que han recibido influencia occidental y separan estas enfermedades y aquellos que se guían por un pensamiento autóctono y sólo
interpreten la enfermedad como de “calor” u otra versión popular. Más bien coexisten ambos tipos de interpretación en las personas: predomina uno más que el otro en algunos casos o dándose el paso de uno a otro según avanza la enfermedad y sus tratamientos. No debemos olvidar que, además de la coexistencia de discursos, existe mucha incertidumbre.

Sin embargo, es importante señalar que la interpretación popular de las enfermedades como dolencias originadas por el “calor” es mayoritaria en la población colona, y que esta interpretación se mantiene incluso cuando existe un conocimiento elemental de nociones de etiología y nosología biomédica. Como se verá luego, esto se traduce en el itinerario terapéutico. Las personas pueden considerar que la persona tiene malaria y que se debe tratar con cloroquina, o que tiene tifoidea y debe tomar clorofenicol, y sin embargo, al mismo tiempo, tratan de “restablecer el equilibrio frío-calor”, alimentando a la persona con alimentos frescos, dando hierbas frescas y aplicando baños para refrescar a la persona.

**Términos autóctonos para designar signos**

A pesar de que en La Convención hay un mayor uso de términos castellanos para designar signos en comparación con Ayacucho, el uso de términos quechuas está presente en ambos lugares.

Por otro lado, en San Francisco el color amarillento de piel y de los ojos es llamado “tericia”. Esta palabra la escuchamos comúnmente. Otro síntoma asociado muchas veces a los dos anteriores es el color más amarillo de la orina.

*Tericia... o sea la ictericia, la pronuncian mal y le dicen tericia, o que se ha puesto amarillento, o más que nada que los ojos se le han amarillado, que la orina está cargada... le llaman así... o mal del hígado.(enfermera de San francisco)*

*Tericia, señor, en quechua tericia, dicen tericia me ha agarrado y me he vuelto amarillo. (curandero de Nueva Quillabamba)*

Cabe apuntar también que la palabra *aylla* se usa para describir tanto el estado amarillento como la palidez. Las entrevistas indican que no existe en la población una diferenciación clara entre estos dos colores en la piel. Tal vez una palabra más específica para designar el color amarillo es *quello*. 
La ictericia es un signo muy conocido por la población, pero por sí solo, en general, no indica gravedad. Se asocia a mal del hígado. Sólo en determinadas ocasiones la gente piensa que puede ser grave, sobre todo cuando se asocia al excesivo sueño, en cuyo caso -según refieren algunos entrevistados- la persona enferma puede morir.

Por otro lado, la población de Ayacucho y Cusco menciona la palidez (confundida muchas veces con ictericia) vinculándola a debilidad, decaimiento y delgadez. Es curioso que estas palabras siempre vayan juntas, como si la palidez fuera sinónimo de falta de energías. Para un curandero de Nueva Quillabamba, por ejemplo, un paciente suyo “se vuelve pálido y no come, se vuelve flaco”. En un grupo focal con promotores, cuando se les preguntó si conocían personas que hubieran estado pálidas, uno dijo: “pálido, sin ganas de caminar”. Otro dijo: “así decaído, decaído por la fiebre”.

Se han recogido otros términos quechua que se refieren a los signos del SIFHA. Tres términos sirven para designar a las hemorragias: yawar shutushka, yawarmi yocsimushcan y yawarmi parahuimushcan. Para designar la deposición negra y el vómito negro se usa un mismo término: acasiani llanata. Para designar específicamente a la fiebre se utiliza coñii, y para referirse al dolor de cabeza se emplea el término umananay.

Para la población, la fiebre sólo indica gravedad cuando permanece durante mucho tiempo y a altas temperaturas. Los vómitos con sangre y las deposiciones negras también se consideran graves. Un signo considerado de extrema gravedad son las hemorragias. Los dolores de cabeza no implican por sí solos gravedad. Sobre la percepción de los signos hablaremos extensamente en las secciones siguientes.

Nociones de las enfermedades: el conocimiento de la malaria

Donde se produce una mayor coincidencia entre el acervo popular y el profesional es en el caso de la malaria, tanto en Ayacucho como en Cusco, y sobre todo en este último. Tanto el personal de salud como la misma población entrevistada sostienen que los colonos tienen un relativo conocimiento de los síntomas de malaria y conocen de su tratamiento con cloroquina.

La población, cuando ellos ven casos de malaria, ya están familiarizados. Ellos ya conocen, ya. Entonces dicen: “No, creo que tengo malaria” por los
signos y síntomas de ellos, ¿no? (biólogo de San Francisco)

Sin embargo este conocimiento es relativo. También hay desconocimiento.

La mayor parte lo conocía como gripe nomás, gripe y fiebre reumática por la humedad. Y mucha gente toma bastantes hierbas, como el huaco, cascarrilla, el toro, el limón. Estas hierbas no curan definitivamente y quedan como reservorios. Se les saca la gota gruesa y salen negativos, pero están positivos de verdad. (Técnico de la Convención)

Cuando a los pobladores se les pide que diferencien la malaria de otras enfermedades, la característica más saltante que mencionan es que la fiebre y los escalofríos son interdiarios, no constantes.

Es que el paludismo no es cada día, no es diario sino de un día, de dos días, tres días... se toma cualquier pastillita: antalgina o cualquier pastillita tomas, entonces el paludismo calma en unos tres días, dos días, calma, pasó normal. Como sanito estás después de tomar las pastillas. (poblador de Mayapo, Ayacucho)

Sin embargo, en algunas ocasiones se menciona también la ictericia como signo de malaria. En otras ocasiones se considera que la ocurrencia de ictericia es más bien una señal de hepatitis. En otros se distingue al paludismo de la hepatitis por el color amarillento de ésta última.

Será hepatitis, y era que el señor se ponía pálido, amarillento, no era paludismo sino un amarillento como si lo hubieran pintado con piedra (poblador de Quellouno).

Evidentemente el conocimiento de ciertos signos de la malaria no implica que los pobladores tengan las herramientas diagnósticas, y las equivocaciones también son frecuentes. En varios de los casos que hemos estudiado (de los cuales muchos acabaron en muertes y cuyos análisis fueron fiebre amarilla o hepatitis B) los afectados o sus allegados pensaron en un principio que la enfermedad podía ser malaria, y se hicieron su examen de gota gruesa, o si no consumieron directamente cloroquina. Normalmente los pobladores empiezan a descartar la malaria con el resultado del examen, o cuando ven que el tratamiento no hace efecto. El primer "diagnóstico popular" de los males asociados a los síndromes ictero-hemorrágicos suele ser la malaria, tanto en Ayacucho como en Cusco.

Las siguientes dos citas provienen de colonos de La Convención. Éstas pueden graficar la situación de incertidumbre que normalmente produce una enfermedad con los signos de la malaria. Se perciben las diversas acciones
con que las personas responden. Allí se muestra la experiencia de enfermedad de los pobladores, una experiencia siempre con diagnósticos inciertos y tanteos confusos de solución, un camino de temores:

Primero me ha venido unos escalofríos, de ahí me ha venido la fiebre, no tenía apetito, de ahí se me cansaban las piernas, no podía caminar. Así nomás he tomado mates frescos también para bajar la fiebre, igualito tigre-tigre eso también tomaba. Tenía bastante fiebre y, más antes ellos estaban en Maldonado y me han dado una hierba y yo he tomado también. Una hierba es un palito, se llama quina-quina; sí de eso sacan la leche de la cloroquina. Quina-quina, esa hierba he tomado y pero no me ha sanado definitivo eso. Un alivio había sido. Un alivio ha sido, he tomado bastante, bastante y cálido, también picante, amargo es.

No sé a qué se deba, no sé. A mí también me han dado unos así. Unos amigos “esto tómate”. Un día estuve adentro en la selva, en eso lo primero en lo que agarro. Acá ya sabía, porque había ido al puesto de salud y me han dado pastillitas. Primero me ha agarrado lento, último fiebre insoportable, ya los ojos me dolían. Mi papá me llevó a Quillabamba a particular y yo no sabía por qué. No sabía, mi duda era que era paludismo, tampoco sabía. Me han dado el tratamiento y quince días llegué sano.

En ambas zonas de estudio le llaman chuccho o chuckchu a la fiebre y escalofríos intermitentes. En Ayacucho se usa poco el término “malaria”, a diferencia del Cusco, donde se usa en forma regular. En Ayacucho se usa mucho el término “paluco” o paludismo.

Le hace temblar, señor. Delante del paludismo viene esa tembladera, le hace temblar de la fiebre y no tienen valor para hacer nada (comunero del valle de San Francisco)

Un médico de Quillabamba, señaló que la gente asociaba la ictericia y el dolor de cabeza a la malaria y nos señalaba que el uso del término chuccho es muy común. Además nos habló del umananay, que es el dolor de cabeza:

La malaria, pues, lo conocen allá la gente con el chuccho, de ahí que una de nuestras ambulancias es el chucchumóvil que tenemos en Quellouno, ¿no? Es el carro de los chucchos, de toda la gente que tiene malaria, ahh... después por ejemplo ellos un dolor de cabeza con ictericia lo llaman umananay o un escalofrío, entonces la gente lo relaciona rápidamente ¿no? con el chuccho.

En el valle de La Convención, la imaginación popular ha creado un baile
tradicional llamado *chuccho*, que hace referencia a la malaria.

Viene a ser una parodia del enfermo, normalmente el enfermo con malaria ya cuando tiene... yo diría desde el aspecto laboratorial cuando ya tiene sus dos, tres cruces, el paciente se pone a temblar pese a que... normalmente el clima aquí es cálido, ¿no? Entonces a medio día, por ejemplo, aquí el calor llega a sus treinta grados, el paciente con malaria, pese a que haya esa temperatura, está temblando de frío, entonces es una imitación graciosa que le hacen al enfermo de malaria y se ponen a bailar ahí temblando. Es parecido al alcatraz, como tienen ustedes allá en la costa, ¿no?, ahí temblando y moviendo todo el cuerpo. Hay algo interesante, que el danzante se viste todo de blanco, todo de blanco, y lo pintan de amarillo, porque como de alguna manera es ictérico, entonces se ponen ahí con un palillo, con un achiote, aquí tenemos... como somos una exportadora de achiote, entonces se pintan ahí de amarillito los bailarines, los danzantes del famoso chuccho con un ritmo muy vistoso se ponen a bailar. Bueno, es... la danza es... yo creo que trata de los años cincuenta, trata de los cincuenta y en el cual se tiene pues las epidemias estas de malaria. (laboratorista de Quillabamba-Cusco)

**Tifóidea y fiebre amarilla en el valle de San Francisco**

A diferencia de La Convención, en San Francisco hemos encontrado muchos casos de SIFHA que fueron considerados como tifóidea.

En esa zona es curiosa la interpretación de la tifóidea como una enfermedad muy grave cuando se descuida, que tiene los mismos síntomas de lo que en biomedicina sería la fiebre amarilla. Es probable que la población de colonos de mayor tiempo de residencia haya integrado a su discurso una imagen de la fiebre tifoidea asociada con formas graves, que actualmente no es muy frecuente y que en Ayacucho correspondió a un ciclo epidémico de fines de los setenta y el primer lustro de los ochenta. En el Cusco no hemos encontrado ningún caso de SIFHA que haya sido descrito como tifóidea, y cuando la gente habló de esa enfermedad no la consideraban de gravedad. Se percibían más bien ideas semejantes a las nociones occidentales sobre tifóidea.

La población de San Francisco usa, entonces, el término *tifóidea* para referirse a casos que han cursado con el SFIHA. Últimamente, debido a
campañas educativas de los servicios de salud, la población va conociendo poco a poco el término fiebre amarilla. Sin embargo, muchas veces se usan ambos términos al mismo tiempo.

Con la fiebre amarilla nuestro cuerpo queda amarillo, porque cuando yo era muy joven vi a un señor con fiebre tifoidea y estaba muy amarillo, y es ahí donde falleció, y también los ojos eran amarillos. (poblador de Buena Vista, San Francisco)

En el grupo focal de promotores de San Martín señalaron que escucharon hablar de fiebre amarilla el año pasado, debido a las campañas de educación y vacunación de ese entonces. Sin embargo, aún siguen mencionando que los brotes en que hubo muertes fueron de tifoidea, lo que indica que no diferencian ambos conceptos o que los consideran iguales:

Sí, pero no sé su nombre. Han muerto los que estaban con tifoidea... Hace seis, siete años... por 92, 93... De tifoidea el año pasado hemos escuchado ya fiebre amarilla.

Sí, pues, ya la gente pensaba que era tifoidea... o hepatitis, ya todo veía, comentaba,... No, después ya. (poblador de Nueva Quillabamba)

Este último poblador usa indistintamente los términos tifoidea y hepatitis. En realidad, fue la minoría de casos. Al menos ya no eran considerados enfermos de hepatitis cuando llegaban a estados de gravedad, como veremos cuando toquemos la noción de gravedad de las enfermedades que los tienen colonos.

De fiebre amarilla no hablan tanto... Han dado en una fecha una charla, pero las personas de la población no conocen fiebre amarilla. No lo ven así, pues. Cuando ven a una persona pálida así, con fiebre, no conocen esos síntomas ellos... Claro, a veces los niños se vuelven pálidos, pero ellos más lo reconocen como anemia o hepatitis (poblador de Buena Vsta).

Ciertamente, las comunidades que se visitaron habían recibido campañas educativas. Sin embargo, fue muy común que siguieran considerando los casos de muertes confirmadas por fiebre amarilla como tifoidea, o que digan simplemente que no saben de qué se murió. Es evidente que no hacen una distinción clara entre las dos enfermedades. Una pobladora del valle de San Francisco, familiar de un paciente muerto por fiebre amarilla, dice desconocer esta enfermedad:

... la fiebre tifoidea es más agresiva, la fiebre es más fuerte, dura tres días, hace vomitar sangre y se mueren.
¿Ha escuchado hablar de la fiebre amarilla?

*De escuchar, he escuchado hablar, pero no he visto esa enfermedad.*

Las pocas personas que en algún momento pensaron que los casos -sobre todo los graves- correspondían a fiebre amarilla, fueron personas mayores que tenían una residencia antigua de décadas de residentes. Esto también fue percibido en el valle de La Convención. Ellos manifestaban conocer los síntomas de la enfermedad, porque hacía muchos años habían experimentado brotes de la misma.

*De la fiebre amarilla (...) no se puede decir que todo el mundo, sino las personas que tienen años de residentes, ellos sí conocen cómo son los síntomas, ¿no? O sea, las personas antiguas que han venido a colonizar estas zonas, ellos conocen mayormente.* (Biólogo de San Francisco)

También suele interpretarse la enfermedad como fiebre amarilla, debido a que se tuvo conocimiento de la epidemia que ocurrió en San Francisco en la década del setenta:

*Vomitó sangre o cochinada, parece cochinada, negro es. Y entonces yo vi que en el pueblo en el año 76... 78, ese año fue sí, no me acuerdo, pero esa fecha pasó en Lechemayo... en Lechemayo una enfermedad de tifoidea y fiebre amarilla apareció. Y entonces varias personas esa enfermedad llevaron... Y entonces de ahí pues yo he visto que han botado sangre como él, igualito que él han botado sangre... Y entonces yo digo que debe ser esa enfermedad* (poblador de Nueva Quillabamba).

Por otro lado, los pobladores suelen descartar la fiebre amarilla si la enfermedad se prolonga. Se tiene la idea de que la persona con fiebre amarilla muere en uno o dos días.

*Sólo me contaban a veces que por adentro hay fiebre amarilla pero mata a las veinticuatro horas, a las 48 horas, los más fuertes aguantan, así me contaban... Sí, yo también pensaba, pues. Si es fiebre amarilla rapidito se hubiera muerto, pero no puede ser así, también yo he imaginado.* (Pobladora de Buena Vista, hablando sobre la enfermedad de su esposo fallecido en 1999 -un caso confirmado de fiebre amarilla-)
Diferencia entre hepatitis y tifoidea en el valle de San Francisco

En general, la gente de Ayacucho tiene la idea de la hepatitis como una enfermedad no muy grave que se origina por problemas en el hígado y cuyos signos principales son el color amarillento, el cansancio y fiebre baja. Las personas que habían escuchado hablar de la hepatitis B si la consideraban una enfermedad muy grave, pero sólo algunas personas en San Francisco hablaron sobre hepatitis B.

Una primera diferencia entre la hepatitis y la tifoidea para la población del valle del río Apurímac es el grado de gravedad de ambas enfermedades.

Tifoidea es más peligroso... En hepatitis la persona está sin valor y dura mucho tiempo; en cambio la tifoidea tiene fiebre y dura poco tiempo, tiene vómitos.... Cuando les da hepatitis se curan. (poblador de Lechemayo)

¿Hepatitis con tifoidea? Porque tifoidea, como te digo, hace saltar, todo eso es como paludismo agarra. En cambio hepatitis no es así, no te duele nada, así mal aliento, amarillada los ojos, nada más por eso, y además en la posta también te curan. (pobladora de mayapo.Sivia)

En el valle de San Francisco, por lo general, si bien se tiene la idea de que ambas enfermedades -la hepatitis y la tifoidea- producen ictericia, se cree que la tifoidea, cuando es fuerte, produce fiebres altas y dura poco tiempo, porque sobreviene la muerte. Otra diferencia en la apreciación popular entre la hepatitis y la tifoidea es que en la primera se tiene la idea de que la orina es muy amarilla, mientras que en la otra no.

Sobre el conocimiento de nombres biomédicos en La Convención y San Francisco

Como hemos reseñado, el uso de los nombres biomédicos dista significativamente de las nociones de la ciencia occidental. Pero, además, los “diagnósticos tempranos” de la gente no coinciden con los diagnósticos finales de laboratorio. Aquí también existe, como en el sistema de vigilancia, una brecha entre los casos advertidos por la población y los confirmados.

Fueron muy pocos (menos aún en San Francisco que en La Convención) los familiares o personas allegadas a los casos de pacientes estudiados con
diagnóstico de fiebre amarilla que en el momento de la enfermedad pensaron que se trataba de fiebre amarilla.

En el caso de San Francisco, los casos se interpretaban como hepatitis, malaria o “alcanzo” (la enfermedad de origen mágico) en sus estadios primeros, y como tifoidea -y rara vez como hepatitis- en sus estadios finales. En cambio en La Convención los estadios primarios también se interpretaban comúnmente como hepatitis o malaria, pero no como “soplo”, que es el equivalente del “alcanzo” en el Cusco. Los estadios finales generalmente se interpretaban como hepatitis o, incluso, como hepatitis B. En La Convención la gente atribuye a la hepatitis un mayor grado de gravedad que en San Francisco. En Ayacucho, como dijimos antes, sólo la hepatitis B es considerada muy grave, pero pocas personas la mencionaron.

Por otro lado, en La Convención sólo recientemente se está conociendo el término bartonelosis, porque sólo hace poco el Ministerio de Salud ha realizado campañas educativas con relación a esa enfermedad. En San Francisco nadie conoce ese término, y tampoco los servicios de salud han detectado casos. El término leptosperosis no es conocido en ninguno de los dos ámbitos.

La gente entrevistada contaba que, después de aparecidos los casos, el personal del Ministerio de Salud realizó charlas sobre la fiebre amarilla y, luego de eso, recién se enteraron en qué consistía esa enfermedad. Ellos les explicaron, a su vez, que los casos de muertes en sus comunidades se debían a la fiebre amarilla. Podemos constatar que el cambio en las nociones populares aparecía asociado con el nivel de exposición a la labor de información, educación y comunicación por parte del Estado, labor que sólo rendía frutos sistemáticamente.

En La Convención, por ejemplo, ha podido cambiarse al menos en parte la percepción de la fiebre amarilla luego de la información proporcionada por el personal de salud.

..no sé, una mosca dicen, una enfermedad, cómo será esa enfermedad, porque no sabíamos en ese tiempo... No sabíamos, entonces mayor parte comenzó, comenzó... Han muerto botando sangre, algunos vomitando nomás, así han botado. Entonces así nomás, temblando, han muerto pe....Antes tengo que vacunarme, mi esposo dice. Eso nomás me ha dicho en hospital. "Por ti no me he hecho vacunar, por eso me ha agarrado fiebre amarilla", me ha dicho. No sé cómo será esa enfermedad.
Una enfermera de la UBAS Santa Ana permite apreciar un cuadro general de las percepciones de la gente de la provincia de La Convención y señala que la población mayormente emplea el término hepatitis; aunque también agrega que se conoce la malaria. Más bien indica que fiebre amarilla se conoce recientemente y que no se conoce bartonelosis ni leptoasperosis:

La percepción de la comunidad con respecto a estas enfermedades le da una asociación ligada, por ejemplo, al consumo de alimentos calídos. Desconocen las particularidades. La leptospirosis es un tema desconocido para ellos. Lo propio de bartonelosis. Lo otro que era desconocido hasta hace poco era la fiebre amarilla. La malaria es conocida, pero por falsíparum no la tenemos. Dengue todavía no tenemos en la zona. Hepatitis sí, incluso tienen un temor a los casos de hepatitis. Es sinónimo para ellos de muerte... En ese sentido, casi todas las enfermedades que cursan con fiebre, ictericia y hemorragia, las catalogaban como hepatitis...

En La Convención, como en San Francisco, en la actualidad el conocimiento del término fiebre amarilla por la población es limitado. Sólo en algunas zonas se ha encontrado mayor familiaridad con el término. Por otro lado, la gente que ha tenido un mayor conocimiento de la fiebre amarilla en La Convención es la que ha vivido en la zona durante muchos años.

Ellos saben muy bien lo que es una ictericia, un “hombre amarillo”, el quelloruna. En fin, entonces ven estos signos como algo maligno, de que algo les está pasando. Ya de entrada, en el Bajo Urubamba, por ejemplo, cuando ven a un hombre amarillo ya piensan, por ejemplo, en una fiebre amarilla o piensan en una hepatitis. Son patologías que mucho daño hicieron a esa zona. (médico de Quillabamba)

Por último, un técnico de La Convención opinó sobre el uso indiferenciado de los términos para denominar sus males por parte de la población:

Hasta ahorita la gente no cree. Ahorita yo lo llevo a una zona donde no había malaria, la gente desconoce. ¿Qué será? La malaria con la fiebre amarilla lo confunden. Le digo “Te voy a sacar la muestrita para ver si de repente estás infectado con malaria”. “No ya estoy vacunado contra la malaria”, me dicen, y le digo “no hay vacuna contra la malaria”.

No deben tomarse al pie de la letra las afirmaciones de los pobladores sobre las enfermedades, porque en la mayoría de casos ellos mismos
desconocen los signos y las causas de las enfermedades. Las “fronteras conceptuales” de la medicina se tornan borrosas en el sentido común de los colonos.

**Nociones de gravedad de las enfermedades con nombre biomédico**

En ambas zonas la población tiende a pensar que la malaria se puede curar fácilmente si se atiende de manera adecuada. En San Francisco se piensa que la hepatitis, llamada también “mal del hígado”, no es muy grave. En cambio, como ya mencionamos, en el valle de La Convención la hepatitis sí se considera grave. En ambas zonas los signos característicos de esta enfermedad son la ictericia y la orina muy amarilla. En San Francisco se tiene la idea de que la hepatitis generalmente no produce mucha fiebre. Un promotor de la zona de San Martín nos dijo: “Casualmente en el anexo de mi centro (de salud) hay personas que no tienen fiebre sino que la piel se les pone amarilla. Seguramente debe ser hepatitis, porque no tienen mucha fiebre”.

En ninguna de estas zonas el estado de palidez o ictericia sin ocurrencia de fiebre se considera grave. A veces se le llama hepatitis, pero muchas veces también se le llama anemia. En Lechemayo, cuando se preguntó a un poblador si conocía a alguna persona que hubiera tenido fiebre, piel y ojos amarillos, nos respondió: “Sí, en los niños se da la anemia”.

Otro de los signos de la hepatitis que la gente refiere, además de la ictericia, es la hinchazón del hígado, y consideran que este signo sobreviene “cuando la enfermedad (se refieren a la hepatitis) está más avanzada”. Es importante acotar que es común que se conozca la hepatitis con el término “mal del hígado”, aunque en la concepción popular no se necesita un síntoma específico en ese lado del cuerpo (como hinchazón o dolor) para llamar a la enfermedad de ese modo. Cabe destacar que la ictericia también es llamada por algunas personas en La Convención “derrame biliar”.

Parece que cuando se trata de este estado de palidez o ictericia con poca fiebre o sin fiebre, la vía más común de solución es la compra de vitaminas o el uso de hierbas. En San Francisco, cuando estos signos van acompañados de fiebre alta -y más aún de vómitos con sangre o deposiciones negras- lo más común es considerar la enfermedad como tifoidea, mientras que en La Convención se piensa que es hepatitis.
Generalmente ellos lo relacionan con una enfermedad del hígado. Toda molestia, vomitan negro, orinan rojo o orinan... o hacen una deposición negruzca, ellos lo atribuyen a un problema más así... más así... hepático, se podría decir, ¿no? (médico de Quillabamba)

Cuando la fiebre dura varios días o llega a temperaturas muy altas motiva una mayor preocupación y una búsqueda de ayuda fuera del núcleo familiar. Otros signos que generan preocupación son los dolores abdominales y la hinchazón abdominal, a la que también suele llamarse "hinchazón del hígado". Sin embargo, parece que la fiebre, cuando se prolonga o es muy alta, es el signo de alarma por excelencia. Los otros signos -como ictericia, manchas y vómitos sin sangre- al parecer no merecen el mismo grado de atención.

A pesar de que la hepatitis es un término más usado en La Convención, hay personas que mostraron su desconocimiento de los signos.

Me sacaron unos análisis, pero más yo sentía de que me dolía la cabeza, la cintura y tenía ganas de dormir y dormir. Cuando me preguntaba la señorita enfermera, me dijo: uno duerme cuando está mal del hígado. Sólo así me dijo, pero yo no presentía que era una enfermedad de hepatitis. Y sólo así me decía y yo le decía a mi mamá "dice que puede ser mal del hígado", y ella me decía "pero si nos alimentamos bien, ¿por qué te estaría dándote a ti?". (pobladora de Cirialo)

Por otro lado, los vómitos con sangre se consideran como un signo de extrema gravedad que indica la pronta muerte. Las personas manifiestan que estos vómitos surgen porque el interior o el estómago de la persona está "cocinado". A la presencia de sangre oscura o coagulada también la llaman "sangre cocinada".

...Ha botado sangre cocinada, así cocinado, color marrón.

...Así, negro, cocinado, sangre cocinado.

Por otro lado, la población también diferencia dos tipos de sangre: "sangre viva" y "sangre muerta". En un grupo focal de promotores de San Martín se nos dijo:

¿A qué llaman sangre viva? Sangre roja.

¿Y sangre muerta? Negro.

Esta asociación entre sangre y gravedad reaparece como un tema recurrente en las diversas entrevistas.

Por la hemorragia, pues aún nos preocupa, pe'..... R: Claro, como es sangre,
nomás, pe’, eso ha agarrado. (pobladora de Maranura .Cusco)

Sí. Por ejemplo, el hecho de vomitar sangre, como habíamos comentado hace un momento, sí es un signo de alarma para ellos. Ven sangre y van corriendo hasta la posta, pero lo que es tos, fiebre, decaimiento, vómitos y diarreas, se los aguantan hasta el último, hasta que se descompensen. Pero lo que es sangre, es un signo de alarma para ellos.(médico de Quillabamba)

En algunas ocasiones se ha visto que cuando una persona presenta vómitos con sangre su familia ya no busca más ayuda y se resigna a dejarlo morir. En Nueva Quillabamba se constató este tipo de casos entrevistando al yerno de un enfermo que estuvo botando sangre por la boca. La persona cuenta que estaba a punto de llevarlo a San Francisco y que, cuando estaba esperando un bote en el río, los vecinos y familiares lo convencieron de que ya no había nada que hacer y que iba a gastar dinero en vano:

“Entonces está muerto”, me dijeron... “Ha muerto” me dijo, “por gusto ya vas a traer... Él ya está a punto de morir, por gusto vas a hacer gasto. De repente a medio camino muere, entonces va a ser gasto para usted”, así me dijo. Entonces, bueno, inmediatamente vine. Entonces ya estaba por morir. Me dijo: “Papá, estoy botando sangre, llévame a San Francisco” me dijo... “Ya te voy a llevar, el bote ya está disponible”, le he dicho... y entonces me dijo: “Papá, esta parte me duele, agárrame”, me dijo. Y, entonces, así yo le he agarrado, y se ha muerto, quedó muerto.

En San Francisco algo que expresaron los proveedores de salud y que también fue sostenido por muchos pobladores es que la malaria, tifoidea (a veces llamada también “fiebre amarilla”) y hepatitis pueden sobrevenir juntas, y que a este estado la gente lo llama “complicación”. Al parecer, mucha gente piensa que la malaria es la enfermedad que ocurre primero y que las demás se presentan si la malaria no se cura a tiempo. En esos casos se dice que la malaria “se complicó”. También llaman a estos casos “paludismo complicado”.

Al respecto, un poblador de Buena Vista nos dijo: “con paludismo, hepatitis, fiebre tifoidea, se cambia”. Otro poblador de Santa Rosa nos dijo: “Es complicado. Estaba pálido, fiebre amarilla, paludismo, hepatitis, y lo envié a la posta para que lo traten”. Un médico de San Francisco nos dijo al respecto: “Un porcentaje elevado relaciona las tres enfermedades porque dicen: ‘Tengo malaria, estoy complicado, tifoidea y hepatitis’. Entonces... este... hay cierto conocimiento”. En La Convención no encontramos indicios
de la existencia de esta noción de complicación.

En síntesis, en general los pobladores tienen una noción vaga de la gravedad de cada enfermedad, que sería la siguiente:

La malaria se considera curable; incluso en algunas ocasiones se dijo que a veces no necesitaba tratamiento y desaparecía sola, salvo que se prolongue y “complique”, mezclándose con tifoidea y hepatitis.

En San Francisco la hepatitis suele describirse como un estado no grave que en raras ocasiones se vuelve grave, pero que suele curarse por sí sola. Sin embargo, algunas personas consideran la hepatitis B como una enfermedad muy grave. En cambio en La Convención hay una mayor asociación de gravedad con relación a la hepatitis y, más aún, a la hepatitis B.

En San Francisco la tifoidea se considera como una enfermedad que si no se cura a tiempo puede agravarse mucho. Recordemos que varios casos de muertes confirmadas de fiebre amarilla fueron atribuidas a la tifoidea por la población.

Las personas que mencionaron la fiebre amarilla también la consideraron una enfermedad muy grave. Tanto la fiebre amarilla como la hepatitis B fueron descritas por quienes las mencionaron como enfermedades que, si no se curan, conducen indefectiblemente a la muerte.

En San Francisco la idea de “complicación” o combinación de varias enfermedades (malaria, tifoidea y hepatitis) en un mismo episodio de enfermedad es muy común. La “complicación” también se considera sumamente grave.

Cuando se mencionó el “alcanzo” -enfermedad de tipo sobrenatural que veremos a continuación- se dijo que también puede ser mortal si no se recurre al curandero a tiempo. Incluso los mismos curanderos dijeron que ellos difícilmente pueden curar a un enfermo de “alcanzo” cuando éste se encuentra muy avanzado.

Finalmente, debemos decir que en ambas zonas de estudio la noción de gravedad se multiplica conforme al nivel de relación con los servicios de salud. A mayor contacto mayor noción de gravedad y viceversa, si bien ello no significa necesariamente asistencia al establecimiento.

*Enfermedades de tipo sobrenatural: el alcanzo*
En este punto sobre la terminología popular de las enfermedades hay una diferencia entre Ayacucho y Cusco: en el valle del río Apurímac son más comunes las explicaciones mágicas de los casos que en La Convención.

En varios de los casos de pacientes que tuvieron SIFHA en la zona de San Francisco, en algún momento de la enfermedad consideraron que tenían “alcanzo”, “pacha” o “tierra”. Sin embargo, los tres son nombres que designan una misma idea de enfermedad. En pocas ocasiones se mencionaron nombres como el “susto”, el “mal aire”, el “daño”, la “botella negra” o el “waspi” (“puquio”). En La Convención hemos encontrado el uso del término “soplo”, que designa una idea de enfermedad similar al “alcanzo”. En general, la frecuencia de alusiones sobre el “soplo” parece ser muy limitada entre los colonos de La Convención: en las entrevistas realizadas rara vez se menciona.

En la tradición más pura del acervo de los colonos ayacuchanos, el “alcanzo” es una enfermedad por entero distingüible con respecto a las demás enfermedades con nombre biomédico. Ciertamente, muchos entrevistados no estaban seguros si las dolencias que describían correspondían a alguna de las enfermedades con nombre biomédico o al “alcanzo”. En verdad, en las comunidades quien tiene la última palabra para esta definición no es el poblador común sino el curandero.

Pero el “alcanzo” ya no es un signo o síntoma sino una enfermedad, cuya etiología es de tipo mágico: se piensa que dicha enfermedad es causada por el ataque del espíritu proveniente de un cerro o de la tierra, o en algunos casos de los espíritus de algunos árboles. Algunos denominan a estos espíritus “ángeles”. La población refiere que estos espíritus son los “antepasados” o los “gentiles”.

Al respecto existe una bibliografía antropológica profusa que explica la creencia en estos espíritus con relación a la concepción de tres eras en la mitología andina\(^1\). Según estos estudios, la concepción andina integra la creencia de que en algunos lugares específicos, como los cerros o las huacas, viven seres al interior de la tierra que ocasionalmente pueden ser perturbados por la gente. Si esto es así envían un mal o “hechizo” que sólo el

---


curandero puede sanar. Estos seres son llamados “gentiles” o “huamanis”, y en realidad se considera que son los espíritus de una población que vivió en la tierra en una era anterior a la de los seres humanos actuales. Los relatos sobre el “soplo” del Cusco también se refieren a los espíritus de estos antepasados como causantes de esta enfermedad. Es decir, se mantiene la misma idea etiológica, que dicho sea de paso, es señalada por diferentes autores como existente en diversos lugares de la sierra del país³.

Cabe señalar que la identificación de los signos de esta enfermedad del “alcanzo” no es muy clara entre los entrevistados. Se dice que la persona con “alcanzo” se siente débil, decaída, con dolores parciales o generalizados en el cuerpo, mayormente en el estómago o en la espalda.

_Esto es cuando la tierra se burla, sientes frío, tu cuerpo se siente mal y no tienes ni hambre y sólo agua tomas. (…) Cuando te va a dar la burla, tu estómago empieza a sonar, tu cuerpo se desvanece, estás débil, te duele la espalda…(_ pobladora de Nueva Quillabamba)_

Éstos son los signos más mencionados. Sin embargo, en algunos de los casos estudiados con fiebre e ictericia la gente también pensó que se trataba del “alcanzo”.

En La Convención, el “soplo” se asocia con signos tales como los dolores corporales. Más allá de éstos y de un cierto decaimiento no se nos mencionaron otras cosas.

Es importante señalar que todos los curanderos entrevistados señalaron que el “alcanzo” es muy diferente de enfermedades como la hepatitis, la tifoidea, la malaria o la fiebre amarilla. Su diferencia fundamental es el tipo de agente etiológico que lo causa. Según ellos, en las enfermedades con nombre biomédico la causa es de tipo físico, mientras que la causa del “alcanzo” -como sucede también con el “daño” o el “susto”- es, en palabras nuestras, de tipo mágico o espiritual.

La población piensa que los signos del “alcanzo” son diferentes de los de enfermedades como la tifoidea o la hepatitis. Sin embargo, no establecen con claridad las diferencias. Al final siempre terminaban refiriéndose a lo que veían los curanderos mediante algún método diagnóstico que utilizaban, como el oráculo, la coca o el pulso.

---

En algunos lugares también se habló de otra enfermedad, denominada “botella negra”, que consistía en fiebre alta por varios días, color oscuro o amarillo de la piel, manchas, deposiciones negras y vómitos con sangre. Los entrevistados la consideran una enfermedad mortal. Al indagar si consideraban que era lo mismo que la fiebre amarilla o la hepatitis, respondieron que son muy similares o iguales.

Los otros nombres mencionados, como “susto”, “waspi”, “daño” y “mal aire” aparecieron sólo en algunas ocasiones y para referirse a otras enfermedades. Los casos que fueron seguidos para el estudio y que fueron diagnosticados como SIFHA no recibieron ninguno de estos nombres. Mencionaremos rápidamente que en el “waspi”, la causa de la enfermedad es el ataque del espíritu de un puquío o manantial; en el “daño” la enfermedad es causada por hechicería; en el “susto” la causa es una fuerte impresión psicológica, y en el “mal aire” la causa es una fuerte corriente de aire. Todas estas enfermedades tuvieron poca presencia en nuestra investigación.

De cualquier manera es claro que el “alcanzo” es el nombre popular que más ha aparecido en el valle del río Apurímac en nuestro estudio, siendo el “soplo” su equivalente en la Convención, de poco uso en los casos estudiados.

**Etiología popular, vectores y reservorios: el frío y el calor**

Las causas de las enfermedades que los pobladores mencionan con mayor frecuencia son la ingesta de alimentos cálidos y la exposición a lo frío. Lo frío y lo caliente es la explicación más común de las enfermedades, tanto en Ayacucho como en Cusco. Las personas enfermarían por exceso de calor, producido generalmente por ingerir muchos alimentos cálidos o por el exceso de calor en el ambiente.

La diferenciación entre “cálido” y “frío” no es el occidental moderna según la cual se consideran sólo los factores térmicos. En diversos estudios realizados en Perú y América Latina sobre las nociones populares de enfermedad se ha encontrado que existe una teoría del equilibrio entre lo “cálido” y lo “frío” en diversos tipos de poblaciones, tanto indígenas como mestizas y criollas. Esta teoría parece reeditar la vieja teoría hipocrática de los humores y se discute si su origen proviene de la influencia de las nociones médicas que los españoles trajeron en la época de la colonia o es autóctona e indígena. Lo importante es que se considera como la causa de
muchas enfermedades el desequilibrio entre el calor y el frío en el cuerpo, que puede ser producido por factores térmicos como la sobreexposición al calor o al frío o por un exceso en la ingestión de alimentos o bebidas consideradas cálidas o frías.

En estas poblaciones hay una clasificación de frío-calor para los alimentos, bebidas, hierbas, medicamentos y hasta tratamientos médicos occidentales o populares. La consideración “frío-calor” no se ajusta, por tanto, a los parámetros térmicos occidentales porque, por ejemplo, una mandarina se considera cálida a pesar de que se coma fría o helada, y el jugo de toronja se considera fresco a pesar de que se tome caliente. Más adelante veremos que curar este tipo de enfermedades implica restablecer el equilibrio perdido. Los cuidados y tratamientos de una persona que ha recibido demasiado calor se basarán en elementos frescos, y los de una persona que ha recibido demasiado frío se basarán en elementos cálidos.

En el sentido común de los colonos la teoría de lo “frío-caliente” es mucho más poderosa que la teoría etiológica biomédica, aunque se entremezcle con ella.

Sólo algunos segmentos de la población tienen la idea de agentes etiológicos asociados con los vectores y reservorios. Una de las excepciones es el caso de la malaria, pues una buena parte de la población piensa que la causa es el zancudo. Pero los monos -y los animales en general- no aparecen asociados con las enfermedades en los relatos de los entrevistados en Ayacucho y Cusco, salvo en aquellos pueblos en los que ha habido a la vez muertes de personas y muertes de animales domésticos, como Mayapo. En general, hemos notado que no son pocas las personas que han captado la idea de que en los charcos existe más posibilidad de presencia del mosquito causante de la malaria, e incluso en algunos casos las comunidades se organizan para limpiarlos.

En la medida en que hay más tradición de educación en salud relacionada con la malaria en ambas zonas, se asocia la malaria con el zancudo, lo que sin embargo no impide que se siga considerando a la enfermedad como de “calor”. Cuando se interpreta la enfermedad como tifoidea, hepatitis o incluso fiebre amarilla, igualmente la causa mencionada es casi siempre la del desequilibrio frío-calor.

Un grupo focal con promotores de San Martín relacionaba la exposición al calor con la falta de buena alimentación y el trabajo excesivo. Cabe señalar que ambos factores se han mencionado muchas veces, pero no como causas
directas sino como elementos que predisponen a que la gente contraiga enfermedades:

Porque trabajan mucho, están en el calor, y de la alimentación, no se alimentan como debe ser; el clima es cálido, de pésima condición y por eso da hepatitis.

Los alimentos cálidos más mencionados como causantes de las enfermedades asociadas al SIFHA fueron la mandarina, la naranja y el mango. Otros que aparecieron menos fueron el chancho, el caldo de gallina, la grasa animal en general y el alcohol.

Yo pienso de esa hepatitis que aparece por cuánto de calor, cuánto de calor ataca al hígado, el hígado mismo produce, eso yo pienso....también cuando comen naranja, eso causa de calor, cosas de calor. Por ejemplo, cuando cascan mucha caña, también le ayuda a esa hepatitis dicen. (poblador de Nueva Quillabamba).

También se menciona a las frutas como causantes de la fiebre amarilla, diferenciando algunas consideradas cárnicas (causantes) y otras frescas (no causantes), como lo señala otro poblador de Nueva Quillabamba:

Bueno, yo pienso cuando aparece fiebre amarilla, por el tiempo que hay bastante calor, también una época cuando hay bastante frutales.... puede ser mango, puede ser naranja y mandarina.

En Cirialo, Cusco, un poblador estableció la relación entre las naranjas, las mandarinas y las enfermedades de los niños:

Esa enfermedad es lo que ha chupado naranja. Sí, mandarina también, soleado, de eso ha sido. Acá de la escuela salen y en el recreo o en la salida la naranja está y otras frutas. Nomás corren y se ha caído. Como son chiquitas no pueden subir, lo que se caiga nomás recogen, por ese motivo es que esas cosas les suceden a los niños. Les da fiebre, nomás...

Por otro lado, es perceptible la asociación de lo dulce con el calor. En muchas ocasiones se nos decía “ha comido mucho dulce”; incluso se asociaba frecuentemente la ingestión de mucho dulce a exceso de “calorías”. No es casual que las frutas que se mencionan como causantes de la enfermedad son las más dulces, y aquellas que se llaman frescas son precisamente las que no son dulces como la toronja y el limón.

Cabe señalar también que todos los remedios frescos para contrarrestar el
calor resultaban ser hierbas amargas o agrias, así como la bilis de animales, de claro sabor amargo.

Finalmente, muchos entrevistados atribuían la causa de las enfermedades a que la gente comía fruta con tierra. Incluso en otros casos se habla de ingestión directa de tierra.

.. Bueno, la hepatitis, la anemia, es porque comen tierra (poblador de Nueva Vista. Ayacucho)

El jefe de Epidemiología de Quillabamba, que ha vivido muchos años en dicha red periférica, señaló que la gente también atribuía la ictericia al consumo de alcohol:

_Cuando tienen ictericia, por ejemplo, ictericia... todos ellos, ya directamente ellos piensan en un problema así, hepático, ¿sí?, hepático. A veces se atribuye, ¿no?, a las bebidas alcohólicas que anduvieron... este... ingeriendo._

Un vecino de La Convención contaba justamente el caso contrario de estas “enfermedades de calor”, las “enfermedades de frío”:

_Cuando tenemos vómitos así tomamos mates cálidos. Como hay una como manzanilla, menta, entonces tomamos eso. Esa hierba tomamos y nos corta. Si ya no nos corta tenemos que venir a la posta y tienen que darnos un tratamiento en la posta. Nos dan buscapina, creo, no sé. O sea que cuando nos ha hecho daño los alimentos guardados o fríos, nos intoxican el cuerpo, entonces para evitar eso tomamos mates de hierba._

La noción de contagio

En la descripción de los casos de enfermedad pudimos notar que mucha gente tenía la idea de que las enfermedades eran contagiosas. En la mayoría de los casos existía en la población una resistencia a acercarse a los enfermos, más aún cuando botaban sangre por la boca. También encontramos varios casos en los que la familia tenía cuidado en no usar los cubiertos o recipientes de comida usados por la persona enferma.

_Sí, eso hemos pensado, pero tenía aparte su jarro, su plato, todas sus cositas. (esposa de fallecido Bueva Vista)._

Se tiene la idea que la sangre de esos enfermos es un elemento de contagio muy poderoso.
Cuando botaba sangre. Sí, con la sangre se contagia (Un poblador de Nueva Quillabamba).

En el mismo Lechemayo, eso era pues ya como para darse un susto, porque cuando muere la gente, bota por la nariz, por la boca inmensa sangre, hasta una regada de casa hacen. Entonces, la gente ya no puede hacer nada, porque ya era contagioso (...) Aquellas, aquellas personas que ya entraban, siempre tenían que salir con esa enfermedad. Por eso no se permitía, cuando ya es avanzado, no se acercaban (poblador de Lechemayo).

Del mismo modo, los velorios de las personas con vómitos de sangre eran muy poco concurridos por temor al contagio. Por otro lado, varios de los entrevistados sostuvieron que los enfermos contagiaron a las personas que los atendieron o se acercaron a ellos.

Esta enfermedad ya no le dejaba, entonces así se murió, botando sangre. Botó sangre y murió. Entonces a las personas que le habían atendido les había contagiado (pobladora de Nueva Quillabamba).

En Mayapo ocurrió una situación especial. En la época en que aparecieron varios casos con los síntomas del SIFHA también se percibió que muchos animales domésticos (aves de corral, perros y chanchos) morían en el pueblo. En ese entonces pensaron -y hasta ahora perdura la idea- de que la gente se contagiaba cuando estaba muy cerca de esos animales o los comía.

En esas fechas han muerto también gallinas... decían: muerte, ya también ha estado hasta en su dormitorio y también ahí es donde de vuelta me duele pues. Así, todas las gallinas, patos, todos los animales han muerto... eso lo había contagiado a él, yo pienso así imaginariamente, nada más (pobladora de Mayapo).

Si es posible establecer cierta comparación entre Ayacucho y Cusco, podríamos decir que en La Convención el temor al contagio es más marcado que en San Francisco. En ambos sitios se tiene temor a al sangre, pero el miedo a la cercanía con el enfermo es mayor en La Convención.

Un médico de La Convención nos explicaba, por ejemplo, que en Kiteni, La Convención, el temor de la gente a acercarse a enfermos con bartonella generaba la “vergüenza a la enfermedad”, el estigma: Bartonella sí, puede ser... Porque la gente cuando se entera empiezan a alejarse, porque puede contagiár.
Nosología popular en salud y religión evangélica

Debemos señalar la influencia de religiones protestantes en la interpretación de las enfermedades y la respuesta ante ellas, tanto en San Francisco como en La Convención. Si bien este punto requiere de un estudio más especializado, podemos sugerir algunos alcances a partir de las entrevistas y grupos focales.

Las opiniones recogidas señalan que la influencia protestante es grande. Los grupos que parecen ser más numerosos son los evangélicos y pentecostales y es sobre ellos que recogimos la mayor parte de las opiniones sobre la percepción de las enfermedades asociadas al SIFHA y la relación con los servicios de salud. No podemos hacer generalizaciones que abarquen a todos los grupos religiosos no católicos existentes en ambas provincias, entre los cuales figuran también los adventistas, bautistas, testigos de Jehová e israelitas del nuevo pacto universal. Llamaremos evangélicos al grupo perteneciente a los evangélicos propiamente dichos y a los pentecostales, en la medida en que los grupos pentecostales se originan generalmente de los evangélicos y poseen varias características similares, por lo que son considerados por muchos estudiosos como un solo subgrupo.

El personal de salud por lo general remarca mucho la poca asistencia de la población evangélica a los servicios de salud. Se señala que ellos creen que sólo Dios los va a curar y, por eso, sólo acuden cuando están muy graves o no acuden nunca.

Con el de la iglesia evangélica hemos ido a conversar. Nos ha botado... ja, ja (...) Debido a un caso de una paciente. Yo la traje de transferencia aquí (se refiere a Sivia). Tiene cáncer de cuello uterino... ¿Quién la vio? La obstetra del personal anterior y también la doctora Isabel, que estaba de turno... Me dijeron el diagnóstico para hacerle su transferencia... para que le realicen exámenes especiales. La hemos tratado de convencer para transferirla a Ayacucho, si es posible hasta Lima. Pero ha sido imposible... porque empezó a negar, más que nada el esposo, que con los rezos mediante el ayuno de tres días le iba a curar y ella sangraba mucho, demasiado... Aquí le recetaron su antihemostático... y volvió aquí nada más... Hemos ido diez veces, casi una semana hemos estado insistiendo, tanto así que nos hemos ganado la... como se puede decir... el odio del pastor... y junto con el pastor, con el teniente gobernador, el juez, el
Al preguntarle a la población sobre las percepciones y comportamientos de salud de los evangélicos se encontraron opiniones variadas. Muchos tenían opiniones parecidas a las del personal de salud y otras personas no eran tan drásticas. Se deduce de las entrevistas que los grupos evangélicos se caracterizan por ser independientes. Tienen un grado mínimo de subordinación a una iglesia matriz, pero cada uno de éstos tiene características muy particulares que dependen en buena parte de las percepciones, visiones e intereses del pastor. Hay pastores radicales que recomiendan no asistir a los centros de salud, pero sólo representan una parte del conjunto.

*Sí, mi doctor, justamente acá nos encontramos varios hermanos. Cuando creen, a la iglesia llevan, oran, así pues lo han marchado a ese foráneo que está abajo. También ese que ha muerto, solamente ayudaban con oración, oración interdiaria y no se calmaba doctor.* (poblador de Anco)

Un promotor de Kamanquiriato, Cusco, muestra el rechazo de un comunero evangélico a ponerse la vacuna:

*De la señora esa, esa señora, su esposo era... no, no creía en nada, era, pues, hermano. O sea son hermanos.... Sí, y no creía pe', pero una vez cuando yo recién le dije lo de la vacuna, hasta él dijo: he comenzado a enviejar para que me haga poner la vacuna...*

Por otro lado, es importante destacar que, a la vez que existe heterogeneidad entre los grupos, también hay actitudes diferentes con relación a los servicios entre las personas evangélicas. Viendo esta situación, es posible concluir que existe una gradación en la intención de acudir a los servicios de salud por parte de la población evangélica, que en general es más reacia a ello que el resto por la creencia de que la enfermedad es una intención divina y que es posible curarse mediante ayunos, oraciones y la intervención de pastores "curadores".

*Bueno, aquí esa enfermedad se cura con la fe. La persona enferma debe tener fe en Dios. Si la persona enferma tiene fe, entonces se cura. Si pide una buena oración a Dios se cura, o si no cuando los enfermos hacen un día de ayuno y predicen, rezan, o también algunas personas se confían a Dios y él les da el don de sanidad. Entonces, esta persona pone su mano encima de la cabeza del enfermo para que se cure, si no también no se cura, pues* (Un hermano evangélico).
Los curadores o sanadores serían creyentes con dones especiales, por lo general pastores. Por eso la población evangélica acude o lleva a sus enfermos donde ellos, para que oren por su salud. La oración de ellos se percibe como más efectiva que la de un poblador común. Hay algunos pastores que son realmente famosos por ser grandes curadores de la oración, mientras que otros no destacan en ese sentido.

Además de esto, hemos recogido información que ratifica que los evangélicos acostumbran usar hierbas tanto como los católicos y tienen el mismo conocimiento de ellas. Suelen emplearlas en los primeros momentos de la enfermedad. Igualmente recibido información que señala que las personas evangélicas también interpretan frecuentemente la enfermedad como de “calor” o de “frío”.

Por otro lado, los pobladores y proveedores afirman que los evangélicos suelen acudir a los curanderos cuando la persona se agrava, transgrediendo la norma del grupo, que rechaza este tipo de prácticas por asociarlas a la brujería y a artilugios satánicos. Los curanderos entrevistados nos precisaron de todos modos que proporcionalmente acuden en menor número que los católicos.

También hemos comprobado que algunos evangélicos acuden a los establecimientos. Sin embargo, esta asistencia generalmente es tardía debido a la confianza inicial en los rezos y ayunos.

*Pero doctor, yo les digo, ahora no... A veces en medicina también tienen fe y no tan sólo en nuestro Señor. A la vez cuando ataca la enfermedad ya, inmediato ya, ellos también se preocupan en curar su salud con medicinas* (promotor evangélico de Nueva Quillabamba).

Este doble discurso -que afirma la intencionalidad divina presente en la enfermedad y al mismo tiempo la necesidad de acudir a los establecimientos de salud- no sería contradictorio para los evangélicos que rompen la norma del grupo, pues interpretan que la causalidad divina sería la causalidad última de las enfermedades y la causalidad etiológica su causalidad efectiva. La cura, por tanto, sería doble: al mismo tiempo se ora y se combate la dimensión biológica de la enfermedad.

*Diferenciación local de riesgos*

Los pobladores piensan que son más propensos a las enfermedades durante
las estaciones cálidas. En la medida en que para ellos la causa principal tiene que ver con la ingestión de cosas cálidas como ciertas frutas (mandarina, naranja o mango, entre otras) y que estas frutas aparecen en la época más cálida del año, se piensa que en épocas de alta temperatura -desde mayo hasta agosto en ambas zonas- es cuando estas enfermedades aparecen más.

En cuanto a la propensión de las personas a las enfermedades asociadas con el SIFHA, muchos mencionaron a los pobres como a las personas que se encuentran en mayor riesgo. Esto concuerda con algo que mencionamos antes: dentro del pensamiento de la población, la mala alimentación y el exceso de trabajo generan una mayor vulnerabilidad a la enfermedad. Por otro lado, se considera que son ellos los que tienen menores posibilidades de curarse, por carecer de medios para pagar los tratamientos. Entre los pobres, algunos señalaron específicamente a los peones de contratación agrícola temporal -los pobres entre pobres- como los que tienden a tener estados más graves de las enfermedades, debido a que no se curan a tiempo porque están socialmente más desamparados, sus ingresos son bajos y no tienen familia que vele por ellos:

Cuando recién empieza la enfermedad, pueden todavía curarse. La gente ya aprendió a curar pero a veces las personas que tienen sus peones se descuidan y es ahí donde mueren (poblador de Lechemayo).
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Malaria</th>
<th>Hepatitis/anemia</th>
<th>Hepatitis B</th>
<th>Tifoidea (Ayacucho)</th>
<th>Fiebre amarilla</th>
<th>Complicación</th>
<th>Alcanzo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Etiología</td>
<td>Mayormente picadura de zancudo. En menor proporción ingestión de exceso de alimentos cálidos o sobreexposición al calor.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-----------</td>
<td>------------------------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ingestión de exceso de alimentos cálidos o sobreexposición al calor.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ingestión de exceso de alimentos cálidos o sobreexposición al calor.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Mayormente ingestión de exceso de alimentos cálidos o sobreexposición al calor.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>En menor proporción picadura de mosquito.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ingestión de exceso de alimentos cálidos o sobreexposición al calor.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ataque de espíritus del cerro o la tierra.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
3.2. Itinerario terapéutico: prácticas de salud de los colonos del valle de San Francisco y La Convención

Dado que en la población hay tres grandes grupos de interpretaciones de las enfermedades -la enfermedad del “calor”, las enfermedades biomédicas y la enfermedad del “alcanzo”- vamos a analizar las primeras reacciones de los colonos con relación a cada uno de estos tipos de enfermedades, para después analizar el itinerario terapéutico según las opciones de los tipos de atención.

Itinerario terapéutico por tipo de enfermedad

Un aspecto importante es que, en las percepciones de los colonos, el “alcanzo” no puede darse al mismo tiempo que los otros dos grupos de enfermedades. Para los pobladores, si hay seguridad de que se trata de la enfermedad del “alcanzo” (lo que se produce sólo en algunos casos por la incertidumbre comúnmente presente en el diagnóstico popular), no puede tratarse de ninguno de los otros dos tipos de enfermedades. Las enfermedades de origen mágico o sobrenatural no guardan relación con los otros dos tipos de interpretaciones. Vale recordar que la interpretación de enfermedad como “alcanzo” está más presente en el valle de San Francisco que en el de La Convención, donde la enfermedad recibe el nombre de “soplo”.

Por otro lado, si se descarta el “alcanzo” lo más común es que las dos primeras interpretaciones coexistan. De la afirmación anterior no debe entenderse que el “alcanzo” es la primera opción de interpretación. Más bien la interpretación de que se trata del “alcanzo” (o alguna otra de las enfermedades de origen mágico o sobrenatural) ocurre sólo en algunos casos específicos. En términos de frecuencia se aprecia que la interpretación de “enfermedades por calor” es la más difundida y está presente en casi todos los casos. En una buena parte de éstos, al mismo tiempo la población piensa que puede tratarse de alguna de las enfermedades de nombre biomédico. En otros casos se puede interpretar la enfermedad sólo como de “calor”, sin atribuirle ningún nombre biomédico. Es más, casi no hemos encontrado que se interprete una enfermedad con un nombre biomédico sin considerarla también enfermedad de “calor”.

146
Probablemente algunos promotores tengan esta última interpretación o ésta sea común entre las personas que tienen mayor contacto con la cultura occidental. En realidad, una minoría de los promotores entrevistados parecían tenerla, pero no podemos aseverar esto con contundencia porque posiblemente ellos intentaban esconder sus creencias tradicionales. En todo caso, en teoría esta última interpretación es posible.

En principio, si se trata de una enfermedad de tipo mágico no se recurre a otros especialistas más que al curandero, a quien se considera la única persona capaz de tratar esos males. Esto lo hemos encontrado en todos los casos. Sólo hubo una excepción en La Convención: un paciente tenía la enfermedad de “soca”, “puquio” o “aire”, cuya causa se considera mágica, que se había “complicado” y no podía ser tratada sólo por el curandero. En este caso se recurrió al médico para tratar las consecuencias físicas llamadas indistintamente infección de hígado o riñón, anemia o reumatismo. Éste es el único caso encontrado de combinación de las terapias curanderil y biomédica en ambas zonas entre los colonos. En el medio nativo esta mezcla es muy común.

Sí, nos ha dicho “complicado es”... Complicado es, ¿no le estoy diciendo? Complicado... infección, así, de todo, reumatismo, cómo se llama... mal de hígado... riñón... Mal de hígado, mal de riñón, complicado dice.

Que necesita tratar bajo medicina también, bajo... Haciendo mamar a éstos su mal, con del soca, del puquio, del mal viento, así (terapia mágica de curandero). Necesitamos hacer tratar ya también al médico.

Hacer sanar de su mal del este... del soca... eso pe’... Entonces, luego haciendo sanar otra vuelta, o sea tratar con el médico ya también su mal de la anemia, así falta que sane... no sé, hasta ahorita sigue, está mal pues... ahorita está pues mal. (Una pobladora de Maranura relata la enfermedad de un familiar, un caso de SIFHA detectado por los servicios)

Tratamiento del “alcanzo”

Se ha percibido que la interpretación del “alcanzo” generalmente se ha dado en los casos no muy graves que han tenido SIFHA o en estadios menos
graves de casos posteriormente graves o mortales. Antes mencionamos los signos más comunes que generalmente hacen pensar en esa enfermedad. Sin embargo cabe señalar -como ya se ha mencionado- que quien tiene la última palabra para identificarla es el curandero, quien debe recurrir a sus métodos diagnósticos: la coca, el oráculo o el pulso.

Los dos primeros métodos son claramente adivinatorios. El lanzamiento de la coca con fines adivinatorios es, según evidencias de los primeros cronistas, de origen prehispánico. Parece ser que aún continúa usándose mucho entre la población de origen andino, porque en muchas entrevistas se mencionó, al igual que el método del pulso. El del oráculo parece ser menos extendido. En una sesión de un curandero del valle de Apurímac pudimos apreciar que uno de los métodos del oráculo consistía en la adivinación mediante el uso de un libro de magia antigua occidental, de aquellos que aún se venden en ediciones populares en mercados y librerías. El método del pulso no puede considerarse adivinatorio, a pesar de que podría tener algunos elementos de ello. Debemos decir al respecto que la mayor parte de los curanderos tocan el pulso de sus pacientes para diagnosticar las enfermedades, no sólo las mágicas sino todas. A continuación damos un ejemplo proveniente de Mayapo, Ayacucho, donde se menciona su utilización:

El “alcanzo” se hace en las venas, sí. En el pulso....El otro corre, el otro no corre... el otro no trabaja... El otro viene más o menos en partes, está sintiendo el dolor. Entonces esa parte no corre bien, no trabaja, poquito nomás, saltará pues de dos segundos a tres segundos, salta, pues, corre. El otro sí normal trabaja, pero no tiene fiebre, nada, normal, el “alcanzo” no tiene fiebre, pues.

En el Cusco, el uso de este método diagnóstico entre los curanderos también es muy extendido. Lo curioso de la entrevista a esta promotora de La Convención es que explica primero las actividades de su tío, que era curandero, y luego refiere que ella ha aprendido también las artes curativas tradicionales:

*O sea, por ejemplo, lo miraba al enfermo y sabía qué es lo que tenía..... Qué cosa tiene, cómo le está saltando la vena, en ahí sabía, pues, ya.*

*Sí... Sí, todo, sé cómo es esto de la vena, cuando mucho está así la vena*
y no sé qué, pregunto los síntomas, y qué cosa siente, cuando la vena... es muchas veces que tiene fiebre, a veces en diarrea la vena no más acelera... Fiebre, sabes pe', te impulsa pe... No deja en paz... Cuando está, la fiebre está avanzando..... Y cuando la enfermedad es diarrea, poco, poco...Agarras tu vena normal, con el otro comparas, no es igual, pues...Así, entonces.

Se ha observado que si el curandero considera que no es "alcanzo" o alguna enfermedad de origen mágico o sobrenatural que pueda curar, no insiste en tratar a la persona. En algunos casos puede sugerir algunas hierbas o medicamentos para que se cure esa enfermedad que es de "Dios" o natural, y que será señalada por él como una enfermedad de "calor" o también probablemente como hepatitis, malaria, tifoidea u otra con nombre biomédico. Sin embargo, es importante tomar en cuenta que si la persona presenta signos de gravedad generalmente sugiere que acuda a los servicios de salud.

El tratamiento del "alcanzo" se realiza siempre realizando un "pago" o "pagapo", es decir, enviando una ofrenda a la entidad a quien se piensa que se ha ofendido. Esta ofrenda siempre la realiza el curandero, pero es comprada por el paciente y su familia y puede tener diferentes características. Por lo general, está compuesta por diversos elementos que son apreciados por la entidad sobrenatural. El curandero realiza cantos al realizar esta ofrenda y se debe dirigir al lugar donde se supone que se encuentra el espíritu. El siguiente es un relato de un curandero de Nuevo Quillabamba que habla de la ofrenda que se debe obsequiar y que el tipo de ofrenda depende de lo que salga en la adivinación:

_Eso es cuando la tierra se burla (alcanzo), sientes frío, tu cuerpo se siente mal y no tienes ni hambre y sólo agua tomas y entonces todas las personas que están mal vienen hacia mí y yo les veo en coca y les digo aquí está el problema, pronto tienes que pagar a eso, entonces veo coca, qué cosa tiene que salir, puede ser perro, cuy, y eso va a hacer parar la enfermedad, la coca dispone cuál debe ser la ofrenda para pagar y se sana la persona._

Es importante señalar que, si bien algunas personas afirman que los curanderos se pueden equivocar en sus diagnósticos, ni en la revisión de casos ni en los comentarios generales de los pobladores entrevistados se ha mencionado que los curanderos sean responsables de demoras considerables en la asistencia de los pacientes a los servicios o de tratamientos que han
conducido a la muerte de las personas.

En La Convención las pocas referencias que tenemos sobre “soplo” indican que el curandero también realiza ofrendas a los espíritus de los antepasados. A continuación una cita larga de La Convención que narra un caso de “soplo” y en el que se menciona al “despacho”, que es una palabra que se refiere a la ofrenda:

_Sí te sanas porque yo lo he comprobado. Tenía dolor de mano, o sea, me dolía la mano y me decía que era soplo. Entonces no podía trabajar, me cansaba, inclusive a veces me hinchaba. No podía trabajar con el machete, hacha, entonces no podía, dolía a veces. Me envolvía, así con venda, no podía, entonces recurrí a un curandero acá. Lo conozco y vino a mi casa y me dijo “no, éste es soplo”, y como yo saco madera, una fecha he cortado un árbol y había un hueco y en ese hueco había huesitos, cabecitas, así. Y eso dice que ha podido ser y harto hueso había, pue, y yo le he escarbado con la mano y eso puede ser que me ha entrado en la mano. Eso ha podido entrar, entonces, por eso dice que mi mano está con ese dolor. “Entonces, qué puedo hacer”, yo le dije, “yo quiero sanarme”. “Ya, fácil”, me dijo, “tienes que comprarte un despacho”, me dijo. He comprado despacho, así. Había también poco de dolor, y así poco a poco pasó. Ahora ya calmó el dolor completamente._
Tratamiento de las enfermedades por “frío” o “calor”

Hemos sostenido que la interpretación más común de enfermedad en los casos de SIFHA estudiados es la del desequilibrio frío-calor, generalmente explicada como consecuencia de un exceso de calor en el organismo. Del mismo modo, hemos dicho que coexiste muchas veces con una interpretación de la enfermedad con nombre biomédico, aunque también puede existir sola. Es importante decir que esta interpretación se mantiene generalmente hasta el final, por lo que el tratamiento específico para restablecer el equilibrio frío o calor en el cuerpo perdura y nunca es abandonado por completo, no importa si la persona es tratada por malaria, hepatitis, u otra enfermedad, o si es atendida por los servicios de salud, por automedicación o por otros proveedores. El tratamiento específico para restablecer este equilibrio tiene una característica primordial: el uso de elementos frescos y la eliminación de elementos cálidos que pueden generar un empeoramiento de la enfermedad. Los tratamientos se destinan principalmente a bajar la fiebre en el organismo. Cabe señalar que estos tratamientos son conocidos por el conjunto de la población, más aún por las personas mayores, por tanto no se requiere ir al curandero para intentar alguno de ellos.

Los elementos frescos incluyen baños con infusiones de ciertas hierbas como la hierba santa o “jalado”, que también se bebe en estos casos. Estos baños son muy comunes y no se usa agua caliente sino tibia. El siguiente relato, recogido en Nueva Quillabamba, corresponde a un pariente de una persona que después falleció por fiebre amarilla. Nótese que el cuerpo de la persona rechazaba la hierba santa que tomaba:

¿Acá no dan aguas frescas para refrescar a las personas?
Sí...se llama hierba santa, eso hacía hervir y le bañaba con esa agua.
¿Se bañaba con esa agua? ¿Y no tomaba?
Cuando tomaba al toque lo botaba.. las familias también saben... hazlo hervir y con eso bañalo, me decían.

Las personas usan hierba santa especialmente cuando hace mucho calor. Como ya dijimos, la percepción más generalizada es que debe evitarse el calor cuando se interpreta que las personas sufren este tipo de enfermedades:
Bueno, con la hierba santa se baña, en una olla lo hacen hervir y se soban
con esta hierba y se bañan cuando hay mucho calor en la noche.

Un propietario de un fundo cafetalero de Kamanquiriato, Cusco, dijo:

El caso que nosotros notamos era en la chacra. Trajimos a tres trabajadores de Sicuani y se pusieron mal, con un dolor de cabeza y dolores del cuerpo, y luego nosotros pensábamos que alguna fiebre ellos tenían, y nosotros lo curábamos así con las plantas acá, en la chacra, y conocemos plantas. Hay plantas frescas y plantas cálidas.

Por otro lado, también se usan baños con barro. Si bien los baños de hierba santa son más comunes, algunas personas prefieren los de barro. Se utiliza un barro común, pero debe ser uno que huela mal. Más común que hacerse baños en todo el cuerpo es colocar el barro en el abdomen del paciente, a la altura del estómago, cuando perciben que esa región “está muy caliente”. A veces mezclan el barro con jugo de limón, otro elemento que se considera fresco. A continuación un poblador de Sivia explica esta costumbre:

No. Para fiebre no... solamente hay barro que se le pega en la barriga (laccaykuniku wiccsampi mituta) para bajar la fiebre... Saco de mi puerta, ese barro apestoso de la puerta, y lo ponen. Yo no lo hago, hay una señora que hace eso. Ese barro hace que baje la fiebre.

Se sacan con la fiebre de tifoidea... recogen del... esto... del barro mojado especialmente... lo ponen al estómago y sacan la fiebre... Barro, así, que huele ya... a podrido (.poblador de Lechemayo)

Por su parte, para las enfermedades por calor se evitan los alimentos o bebidas considerados cálidos. Entre éstos, los principales son la naranja, la mandarina, el mani, la palta, el ají, la leche, las grasas animales (más comúnmente el caldo de gallina, el chicharrón y el atún, pero en realidad cualquier tipo de carne) y el huevo. Por ejemplo, un poblador de Buena Vista señala que cuando la persona está enferma se evitan las grasas animales. En este caso específico la persona menciona a alguien con hepatitis:

Dejan de comer.. de hepatitis... Carnes... Carne de chancho, eso es grasa.

Gallina..Caldo de gallina.. Tampoco.

Uno de los entrevistados de Kamanquiriato, Cusco, fue muy enfático en afirmar que no se debe comer algunos alimentos:
Los primeros síntomas se parecía, es como decir tener una fiebre no más, así como nos da un dolor de cabeza, un malestar de cuerpo. Siempre hay dolores así, parecidos, pero no es total... Los síntomas se tiene más que todo en el apetito. No hay apetito, pero cuando es con fiebre sí, todavía comes todo. Pero con ese mal no puedes tomar ni comer, peor la grasa. Cuando comes alguna comida, al toque se va, lo botas todo.

Del mismo modo, en el grupo focal con promotores de la comunidad de San Martín se señaló que si las personas comen las cosas que les produjeron la enfermedad, como las grasas animales o el maní, se vuelven a enfermar.

.. Sólo en hepatitis dicen esas cosas. En malaria, tifoidea, también es cosa común de las gentes que tienen esos pensamientos: cuando comen mucho esos alimentos de nuevo se enferman...Grasas... Maní, chicharrón, grasas.

Un pariente de una persona que murió mencionó qué cosas afectan a alguien cuando tiene una de las enfermedades mencionadas. En este caso habla de la malaria, pero en otra parte de la entrevista, no incluida aquí, menciona que estas indicaciones sirven para otras enfermedades, como la hepatitis o la tifoidea.

Cuando la gente se enferma de paludismo y van al hospital, dicen que prohíben comer pescado, leche.... Así es, cuando estás enfermo con paludismo y comes leche, pescado, ají, caldo de gallina no es bueno o no vale.

Por el contrario, se favorecen los alimentos o bebidas “frescos”, como el jugo de zanahoria o de limón, la piña, la toronja o la papaya.

Como dicen, en su mayoría los que no han cumplido su tratamiento de malaria, eso califican. Se califica tomando agua de piña, hacen helar, y también jugo de papaya y tajaditas. Y eso comen, y cuando comen helado son porque tienen hepatitis. Mayormente en mi comunidad, cuando da hepatitis, con jugo de piña, de noche también papaya, con eso calma también.. (GF. promotor de San Martín).

En el siguiente ejemplo de Nueva Quillabamba se ve cómo se evitan las frutas cálidas porque hacen empeorar la enfermedad, y más bien se sugiere comer frutas frescas:

De esa manera, en su contra de esa enfermedad, tifoidea, es la mandarina, naranja, la dulce lima y toronja, son buenos. Si lo comes eso,
no se enferma, si comían naranja, mandarina morían. (promotor de Nueva Quillabamba)

También se menciona que cuando las personas están con fiebre se les da más agua de lo normal, porque tienen más sed. Cualquier tipo de agua que no sea cálida, como el agua de manzana.

Para estas enfermedades se ha encontrado un sinnúmero de hierbas o remedios caseros considerados frescos. Es frecuente que estos remedios se mezclen con productos comerciales "frescos", con bicarbonato de sodio (Sal de Andrews o la Sal de Frutas Eno). En algunas ocasiones se combinan con pastillas antipiréticas, como el panadol o la antalgina.

De acuerdo a la frecuencia de uso de remedios y hierbas, se aprecian que las más comunes son las infusiones de hierba santa, a menudo mezcladas con bicarbonato de sodio; el jugo de siciliana (llamada también calabaza china o calabaza a secas), mezclado también con bicarbonato de sodio y a veces también con jugo de betarraga o toronja; los orines maduros o fermentados, mezclados con bicarbonato de sodio. Para Ayacucho específicamente se señalaron remedios caseros frescos como: bilis de animales, agua de coco, jugo de una fruta llamada tongo, jugo de otro tipo de calabaza llamada soesa, café verde, limón, sangre de grado, hígado de carnero negro y algunas hierbas con los siguientes nombres: marray, alocino, taiguamargo, llanali, upa, chancapiedra y unsillay. En Cusco se señalaron: rata-rata, tigre-tigre, moco-moco, quina-quina, huaco y cascarilla. Un listado de los hierbas y remedios más usados tanto en Cusco como en Ayacucho, se presentan en el glosario adjunto.

... Mayormente con hierbas no más,... para bajar la fiebre, jugo de soesa, como calabaza.

... Jugo de soesa con Sal de Andrews. Se mezcla, hierba santa hierbita se baña y con eso se calma (GF promotores de San Martín).

En el siguiente ejemplo se puede apreciar, lo que la gente tomaba para lo que consideraba fiebre tifoidea. Posteriormente el personal de salud aclararía que se trataba de fiebre amarilla:

Antes de que dijeran los médicos que era fiebre amarilla, ¿qué decían ustedes?

Tifoidea, no más, decían.

¿Los síntomas son parecidos?
Casi similar.

Pero, ¿cómo prevenían?

Ya se escuchaba, se estaba previniendo, tomando cosas frescas, vieja calabaza, coco, calabaza de sierra, café verde molido, algunos tomaron Sal de Andrews con orines...... Tomaban orines fermentados, hervidos con Sal de Andrews. Eso tomaban.

En realidad, los casos estudiados de SIFHA suelen ser considerados “por calor”, por eso se recomiendan cosas frescas. Sin embargo, otras enfermedades son consideradas “por frío”, en cuyo caso las recomendaciones van en sentido inverso.

... es cuando estás con resfrío... estás mal con gripe, o digamos, estás mal con una neumonía. Te puedes calentar con las plantas cálidas. ¿Le conoces? Acá tenemos bastantes plantas que se conocen así como cálidas y también como frescas, también como purga y también que te corta. Hay varias plantas. Acá se les reconoce las plantas frescas. Son el tigre-tigre, la rata-rata y tenemos el nombre de moco-moco y tenemos el huaco verde, huaco azul... y el huaco blanco. Esas plantas son frescas. Las cálidas son el matico, chuchuhuasi que llamamos, eso, después hay el pino-pino y hay otra planta que se llama... quinina lo dicen. Con esa más se les da y con esas plantas tranquilo se sana. (poblador de Kamanquiriato. Cusco)

... Tienes que dar verbena, así frotando, con orincito le das, le haces vomitar a su boquita y al poco ratito ya está botando, ya.... Dolor de estómago también se cura con orín, le pasas por encima. Y después, tiene, hay para ese dolor de estómago. Cuando es de calor, tienes que dar una hierba, “tigre tigre” es que se llama.... Eso le das frotando y sale la crema, en agua hervidita fría lo exprimes y...como.. linaza, y se toma bastante, así, rato le estoy curando a mi hija.( pobladora de Quellouno,Cusco)).

En realidad, la población mezcla algunos productos comerciales con hierbas o jugos de frutas para curarse.

... Hierba santa, cosas frescas tomaban, jugo de toronja, todo esto nos dábamos entre nosotros, nos bañábamos con hoja de hierba santa,
tomaban jugo de toronja, Sal de Andrews; sólo eso no más... A veces, cuando recién se iniciaba la enfermedad se sanaban.

Pero también había otras pastillas. No recuerdo, sólo tomábamos de acuerdo a los síntomas... antalgina, aspirina, mejoral, en dolor de cabeza, en fiebre... (poblador de Lechemayo, Ayacucho)

¿Hierba y santa? ...Sí, eso es para fiebre, un poquito... Apesta un poquito feo, pero después bota gotitas, sacan su agüita, toman agüita hervida, con pastillas como antalgina, por decirte, con eso les pasa.(pobladora de Mayapo)

También se encontró que la gente se automedica con este tipo de pastillas.

Sí..., a veces mandan a sus hijos, si es que es el padre el enfermo, vienen a comprar directamente, a comprar paracetamol, panadol si tiene dolor de cabeza...

A veces solamente tienen un síntoma que es dolor de cabeza, a veces se automedican, ya saben ellos, ¿no?, qué les pasa, pues. Entonces van directamente a comprar esas pastillas que les pasa.

En muchas entrevistas con pobladores queda claro que la asistencia a los establecimientos de salud es una última opción, luego del uso de hierbas o de la automedicación. En los capítulos siguientes profundizaremos más sobre la relación de la población con los servicios.

**Tratamiento específico para enfermedades con nombre biomédico**

Como se ha visto, la percepción popular de una enfermedad con nombre biomédico y la búsqueda de tratamiento con medicamentos occidentales que se consideran específicos para esa enfermedad no excluye el uso de remedios caseros o de antipiréticos o analgésicos para curar el desequilibrio frío-calor en el cuerpo. Por el contrario, cuando se usan medicamentos occidentales específicos para una enfermedad casi siempre se emplean al mismo tiempo los remedios caseros.

Está claro que cuando la gente piensa que la enfermedad es malaria (como ha sucedido en varios de los casos estudiados tras los primeros síntomas) se busca la cloroquina y la primaquina. Éstas generalmente son proporcionadas por el promotor de salud, a quien se acude antes que al servicio. Los pobladores afirman que estos medicamentos se acaban frecuentemente. Por tanto, la gente también acostumbra comprar medicamentos como el adalén o
el fansibar en las boticas. Es importante mencionar que a menudo los boticarios son también promotores.

También ha quedado claro que es muy común que las dosis administradas no son las recomendadas por la medicina. Es costumbre tomar las pastillas durante dos o tres días, hasta que desaparezcan los síntomas.

Hablando del chukchú?

Le hace temblar, señor. Delante del paludismo viene esa tembladera, le hace temblar de la fiebre y no tienen valor para hacer nada, toma dos pastillas y ya está, y ya termina la tembladera, ya fuera (poblador de Lechemayo, Ayacucho).

En otra cita de Nueva Quillabamba se percibe que la persona compra pocas pastillas para lo que piensa que es malaria. Allí también se ve que sólo se recurre al establecimiento de salud en segunda instancia:

Tres a cuatro pastillas le di...las compre... antes de llevarlo al puesto.

Por otro lado, cuando creen que es tifoidea -se recuerda que en San Francisco esto tiene un significado particular- es común que las personas compren cloranfenicol (aunque también se mencionó el dolonfenicol), y si piensan que es hepatitis compran hepabionta o, en algunos casos, cloranfenicol. Además, hay gente que usa hepabionta para prevenir la hepatitis. Un poblador de Nueva Quillabamba comenta el uso de dolonfenicol al mismo tiempo que jugo de toronja por recomendación del promotor:

*Yo me he dado cuenta, entonces, ahí compré toronja agria con ampolla.*

*Sí, con eso casi me ha calmado, entonces, ahí sí me he hecho poner ampolla...Dolonfenicol...Tres veces.(quien le recomendó) .. He venido a preguntar al promotor.*

En la siguiente cita, correspondiente al grupo focal con promotores de San Martín, un promotor menciona el uso de hepabionta para prevenir la hepatitis cuando se tiene malaria o tifoidea -evitando la “complicación” de la que hablamos en el capítulo anterior- al mismo tiempo que menciona a la primaquina para curar la malaria:

*En mi caso, me sucedió también. A otros sucedió también, como yo también sufrieron otros y otros también de tifoidea, como yo eran.*
Estaban con mal del hígado, riñón y, entonces, cuando sufren de malaria más, el año pasado he sufrido. Entonces me curé con remedio de primaquina. Con eso entonces a mí me ha pasado, hace cuatro años, no ocho años ya. Esa fecha yo tenía malaria, entonces he estado grave y me ha malogrado esa tifoidea, entonces a mí me ha sucedido, entonces como prevención tomé hepabionta con eso al mismo tiempo y no me he empeorado y con primaquina eso casi normal he pasado de malaria. Eso cuando tomé hepabionta y no me dio hepatitis, a otros ha atacado con hepatitis. Los que han sufrido desde tifoidea, a otros he aconsejado, ahora cuando entran al tratamiento, hepabionta comiben para que mejoren.

Está claro que lo más común es comprar productos farmacéuticos donde el boticario. Si bien algunas personas dijeron recurrir primero al establecimiento de salud, pensamos que se trata de una minoría. Por otro lado, a menudo se menciona que en los establecimientos de salud hay un número limitado de medicinas y, por tanto, aun cuando recurran a los servicios de salud frecuentemente deben comprar en las boticas.

Cuando la gente habla de hepatitis a menudo menciona la debilidad y la anemia. En varios casos se afirma que la gente usa suero y vitaminas, simplemente, y no la hepabionta u otro producto farmacéutico. En otros casos hepabionta se combina con diversos tipos de vitaminas.

Resulta sumamente significativa la labor del boticario (muchas veces es el promotor). Se percibe que la gente tiene mucha confianza en ellos, incluso más que la que demuestran hacia el personal de salud, probablemente porque son parte activa de la comunidad, mientras que los trabajadores de salud son percibidos como extraños. Como ya dijimos, cuando hubo muertes en estos pueblos fueron muy pocos los casos que llegaron a los establecimientos de salud. Sin embargo, los boticarios reportan que muchas personas recurrieron a ellos. Lo mismo ocurrió con los curanderos que entrevistamos. Es curioso que en esa época los promotores o boticarios ni siquiera recurrían al personal de salud para que les recomendaran diagnósticos o tratamientos. Ellos mismos se las ingeniaban para recetar diversos productos. La falta de comunicación con el personal de salud y su poca participación en esas epidemias es francamente impresionante.

En el siguiente ejemplo, correspondiente a Nueva Quillabamba, el promotor comenta lo que receta para algunos casos reportados recientemente en su comunidad de una enfermedad que dice no identificar, pero que suponemos
se trate de bronquitis o de infecciones respiratorias, pues un médico que viajó con nosotros visitó a algunos enfermos. Es muy curioso que, a pesar de que se diga que hay muchos casos de “esa enfermedad”, no se haya recurrido a los servicios de salud, y que el personal de salud no tenga conocimiento de esa situación.

La única diferencia que es continuado, no sostiene, en cambio, paludismo sostiene. Hoy te ataca, mañana a la misma hora te levanta de vuelta a la misma hora, así es el paludismo, y cuando tomas cloroquina ya se calma. Esa enfermedad que tenemos ahorita no es así, no te hace nada cuando tomas cloroquina. Más bien, es recomendable, estamos dando para eso cloranfenicol y bactrim roche, también puede ser clotrimaxol, eso es lo que hace calmar. Ahorita a grandes y a chicos está atacando eso.

Pero ese tratamiento, digamos, esa manera de curar, ¿es propio de la experiencia? ¿Alguien le explicó? ¿Dándole a la persona se ha curado?

Sí, porque aquí la gente no saben tomar, hacemos un tratamiento completo, si no, basta una o dos veces, tomó, se calmó, ya se deja ya. También no podemos obligarlo, porque a veces no tiene posibilidades de comprar, así se han quedado, así también de vuelta vienen.

Una versión de un promotor de Nueva Quillabamba, hace referencia a la época en que murieron los casos (que son casos confirmados del SIFHA), mencionando que mucha gente sanó usando cloranfenicol, que él mismo recomendaba sin haber consultado en ningún momento con el personal de salud. Está claro que estos casos no acudieron a los establecimientos de salud:

Mire, doctor, ésa fue razones, porque yo, como promotor, alcanzo, ¿no? Muchas veces hemos sufrido con paludismo, el paludismo a veces complica a diferentes clases de enfermedad. Por eso yo califico que eso puede ser una complicación de alguna enfermedad, por eso yo recomendaba mayor parte cloromicetin, cloranfenicol, cloromizan o esas medicinas. Entonces, claro, siguiendo esas recomendaciones varias personas pues hemos aplicado yo mismo, han sanado por esa razón, a muchos he confiado esa medicina.
Los promotores afirmaron que conseguían los medicamentos en las ferias de los pueblos grandes. Se percibe que, si bien los promotores hacen parcialmente las veces de intermediarios entre los establecimientos de salud y la población y participan en algunas campañas de programas específicos del Ministerio de Salud, en algunas ocasiones ellos mismos se constituyen en competidores de los servicios de salud. Prácticamente todos los promotores entrevistados tenían un negocio de botica. Lo que hace que a veces ellos solo atiendan los casos y que sólo cuando la enfermedad se agrava sugieran la asistencia del enfermo a los servicios de salud. Se pudo apreciar que varios enfermos habían llegado al establecimiento de salud en estado grave, pero que habían sido tratados durante un buen tiempo por el promotor. Por otro lado, se encontró que en la población es común una desconfianza hacia los medicamentos de los establecimientos de salud, que son llamados frecuentemente “chimbos”; es decir, imitaciones del medicamento real. Se piensa más bien que las medicinas que venden los promotores son de mejor calidad. La frecuencia de esta situación obliga a plantear adecuadamente la relación servicios-promotores.

El director de Epidemiología de la DISA Ayacucho nos explicó que algunos de estos vendedores de medicamentos daban mensajes de desprestigio hacia los medicamentos que ofrece o vende el Estado:

La primera situación es que hay una campaña muy fuerte de desprestigio del medicamento básico por parte de los proveedores privados de medicamentos. Ellos difunden mensajes que subestiman la capacidad del medicamento básico: “¿Cómo te vas a comprar tu medicamento en la posta? Eso no te va a hacer nada. Este cuesta más, pero éste sí de verdad te sana”. Claro, ésa es cultura popular.

Un poblador de Nueva Quillabamba, Ayacucho, habló de su percepción sobre la diferencia de calidad de los remedios del establecimiento de salud con los que vende el promotor:

Bueno, unos dicen que en esta posta hay remedios que no curan, siempre que les dan remedios no les curan, así dicen...No, no es demasiado caro, es normal, no más. .....El promotor da buenos medicamentos. A veces se traen en forma particular y son buenos... .

Itinerario terapéutico según opciones por tipo de atención
A diferencia del acápito anterior, en el se hace referencia a las actitudes y prácticas en torno a las nosologías populares, esta sección establece un patrón de comportamiento común en los diferentes relatos y estudios de caso realizados en ambas zonas de aplicación. Este análisis está basado en veinte relatos seleccionados entre los diferentes casos identificados en el curso de la investigación, en los cuales se pudieron establecer aspectos de la secuencia de actitudes y decisiones en torno a la asistencia y cuidado de los episodios de enfermedad. La cantidad de testimonios considerados permitió alcanzar un nivel de regularidad o saturación, por lo que se consideró que se había llegado al umbral de descripción adecuado.125

Es importante remarcar que no puede establecerse una secuencia compartamentalizada entre los momentos del itinerario terapéutico, ya que en realidad los procesos de actitudes y prácticas terapéuticas son sumamente complejos. Se reconocen procesos transversales que aparecen en etapas y que se articulan con algunos otros elementos, como la posición social del enfermo, la presencia de agentes locales de salud y la presencia del servicio, que en algunas zonas -como Cusco- tiene un elevado grado de penetración, incluso en comunidades nativas, hasta donde alcanza la cobertura de las acciones del personal profesional del Ministerio de Salud. Asimismo, el autocuidado con plantas medicinales se mantiene a través de todo el proceso. A continuación vamos a señalar algunos elementos particulares que debimos tomar en cuenta para el análisis de la información.

Hay importantes diferencias en la percepción de episodio y origen de la enfermedad. La construcción de los pasos seguidos por el enfermo o su familia en los casos de enfermedades con los síndromes del estudio es difícil, debido a que la población define el inicio del proceso de enfermedad de diferente manera que la ciencia médica. Cuando hablan del inicio de la enfermedad, en muchos casos se refieren a la primera vez que tuvieron alguna enfermedad anterior y no necesariamente al episodio en el cual se presentaron los signos y síntomas específicos que estudiamos. Por tanto, se tuvo especial cuidado en diferenciar los eventos directamente relacionados del conjunto de actitudes y prácticas a describir.

Asimismo es importante destacar que para muchos de los entrevistados -especialmente de la población de colonos- la enfermedad que comenzó en

---

un primer episodio se fue transformando en otra enfermedad distinta de mayor gravedad. Para otros, las tres enfermedades (malaria, hepatitis y fiebre tifoidea) son diferentes, pero se acoplan, o la segunda y tercera se juntan a la malaria, y eso hace la complicación. Podría decirse que la primera enfermedad no termina, y que a ella se suman las siguientes. La percepción diferente del inicio de una enfermedad no es exclusiva de esta zona: otras investigaciones realizadas entre migrantes de la sierra a las zonas urbanomarginales de Lima han encontrado la misma idea sobre los inicios de la enfermedad.

Otra dificultad en la construcción del itinerario terapéutico es el problema de la memoria, pues existe un sesgo en el recuerdo que modifica la percepción de la gravedad de la enfermedad. Las personas entrevistadas recuerdan más los estadios más complicados de la enfermedad personal o de un pariente que los eventos iniciales.

Con estas consideraciones, que describen los elementos que han sido controlados en el análisis de los relatos, se pasará a describir una “secuencia de eventos” que nos puede dar una idea de las actitudes y prácticas que constituyen el itinerario terapéutico.

Los componentes iniciales del itinerario terapéutico son, en primer lugar, el autocuidado personal o el cuidado en el núcleo familiar. La primera etapa del itinerario terapéutico es el proceso por el cual el episodio es reconocido y tratado generalmente con la administración de infusiones y lavados con plantas medicinales. En los casos en que el comienzo de la enfermedad es insidioso, las primeras actitudes de autocuidado se dan en el plano higiénico-dietético, tal como se observa en el siguiente relato:

A veces comemos también mezcla de grasas con frutas, por ahí también una fermentación ahí en el estómago... Sí, eso es, es por eso que a veces por prevención siempre hago limpieza del estómago... Eh... usamos ese aceite de ricino y bastante agua de linaza con cola de caballo, todo el día una dieta de papaya (pobladora de Buena Vista).

Luego aparecen diversos niveles de tratamiento casero. Cuando no hay mucho conocimiento de las enfermedades desde un punto de vista

---

126 Pecho, Iris, Enma Rubín de Celis y N. Suarez. Hacia un enfoque integral de la salud infantil. Lima: UPCH/Orstan/ING.
El caso que nosotros notamos era en la chacra. Trajimos a tres trabajadores de Sicuani y se pusieron mal, con un dolor de cabeza y dolores del cuerpo, y luego nosotros pensábamos que alguna fiebre ellos tenían y nosotros los curábamos así, con las plantas, acá en la chacra, y conocemos plantas. Hay plantas frescas y plantas cálidas (testimonio de dueños de chacras en Kamanquiriato, Cusco).

El uso de plantas adopta formas variadas, y en algunos casos relativamente complejas, tal como se observa en el siguiente relato:

Todo era ese té fresco de rata-rata y las hierbas de jucuchachupa, eso sí tomaba, pero medicamentos aparte no, ninguno tomaba. Jucuchachupa son plantas silvestres. Ésas son mates frescos, son para infecciones urinarias, para eso son. A veces me bañaba también porque demasiado me dolía la cabeza, y por eso más tomaba eso. Me aliviaba con naranja que me ha lavado y bien me hacía. También me decían que de repente tenías algún mal “por qué no tomas ceciliana”, todas esas cosas es bueno para el cuerpo; orín, sí, sí intentaba tomar orín, casi un mes he tomado también orín constante en las madrugadas después de ceciliana, jugo cada mañana tomaba. Como veinte días he tomado jugo de ceciliana seguidito cada semana antes del desayuno. Es un fruto que se lo licua y eso su jugo escurriendo, eso es bueno (testimonio de mujer con episodio de hepatitis B, confirmada por laboratorio, residente de Palma Real, Cusco).

En conclusión, la primera etapa del itinerario terapéutico en todos los casos es atendida en el mismo hogar y con prácticas de su propia cultura, incluso cuando el signo que padecen les causa un poco de alarma, como es el caso de la fiebre alta. El tipo de terapia usado dependerá de la presunción diagnóstica que haya hecho el mismo enfermo o el pariente que está más cercano a él (esposa o madre). La primera presunción diagnóstica no siempre se hace explícita en los relatos, o se explica como “malestares” o “el hígado”, “el riñón”, etc.

Este primer paso tiene una duración que varía entre tres a cinco días. Exceptualmente, y cuando el primer cuadro no ha incluido fiebre alta sino únicamente malestares o dolores, este primer paso puede durar hasta quince días o más en el caso de los peones temporales, dado que ellos tienen que seguir trabajando porque sus ingresos económicos dependen del jornal.
Un segundo paso en el itinerario terapéutico es la atención del enfermo por las estructuras locales; es decir, el patrón, el promotor o el curador local. En esta segunda etapa el paciente acude a una persona externa al núcleo familiar y es tratado con medicamentos y/o con tratamientos tradicionales.

Este segundo paso generalmente ocurre cuando se percibe que los tratamientos de hierbas no logran la remisión de los síntomas. En ese momento el paciente pasa a otra etapa del proceso, donde son más importantes la presencia de redes sociales y la posición de la persona en la comunidad. El estamento más vulnerable son los migrantes que se emplean como peones en las chacras, que generalmente vienen para actividades estacionales como la cosecha del café y del cacao. En este grupo, la decisión del tratamiento pasa por la actitud de los dueños, que tratan de recuperar la salud de sus empleados, tal como muestran los siguientes relatos:

Los dueños los tratan a ellos, es cierto. Les dan sus mates, incluso los dueños se llevan cajas de antibióticos, todo. Ya cuando no les hace nada ya todo lo que le han dado, recién los mandan.

Ellos habían llevado sus propios medicamentos, en las farmacias lo compran en cajitas: antiinflamatorios, antibióticos, todo llevan para sus peones. En caso que no le ha hecho nada al paciente recién lo mandan. Utilizan emplastos, enemas y después utilizan medicamentos, y recién después que no hace nada llega o lo manda al puesto.

Toda chacra tiene su cementerio. Acá no hay cementerio, cada uno en su chacrita no más se entierra, o a veces donde termina su chacrita (testimonios de trabajadores de salud de la microrred Kiteni, Cusco).

En un capítulo anterior hemos dicho que la primera presunción diagnóstica que está detrás de los casos estudiados es el desequilibrio producido por exceso de calor, y que ésta permanece hasta el final de la enfermedad, a pesar de que al mismo tiempo o luego se atribuyan diagnósticos específicos como tifoidea, hepatitis, etcétera. Claro que otra posibilidad es que piensen que se trata de “alcanzo” u otra enfermedad con nombre popular que tiene más bien una etiología de tipo “mágico”. Cuando se piensa de esta manera de todos modos se recurrirá al curandero.

Si sospechan que es otra enfermedad, que no es para el centro de salud, para el doctor, ellos pues van al curandero primero, si es que son creyentes a esta creencia que ellos tienen, a veces creen con eso del vapor de la tierra, de “alcanzo”....(promotor de Buena Vista)
Cuando el tratamiento casero (con hierbas, emplastos, dietas frescas, limpieza, etcétera) destinado a restablecer el equilibrio frío-calor no produce el efecto deseado y los signos y síntomas vuelven a aparecer o se produce un efecto contrario, las personas piensan que se trata de enfermedades más complejas o, incluso, de combinaciones de enfermedades que hay que atacar con medicamentos modernos, lo que implica acudir al promotor, boticario o establecimiento de salud. Sin embargo, como dijimos antes, la terapia casera no se abandona a pesar de que se tomen los medicamentos occidentales. Está claro que es más común recurrir primero al promotor o boticario que al establecimiento de salud. En la gran mayoría de los casos éste último representa el tercer paso en el itinerario terapéutico.

A diferencia de las provincias altas del Cusco -donde sí son muy comunes- en la zona de Quillabamba no se encuentran muchos curanderos. Lo que sí se encuentra frecuentemente son individuos, generalmente ex técnicos del Ministerio de Salud, que han incorporado una serie de saberes tradicionales:

Sí hay. Hay pocos curanderos solamente que son iniciantes, no son curanderos netos sino los que solamente están atendiendo, pero te sanas. Sí te sanas porque yo lo he comprobado... (poblador de Quiteni, Cusco).

Aunque su práctica está basada principalmente en la administración empírica de medicamentos, éstos constituyen el núcleo de los curadores locales en esta región, tal como muestra el siguiente relato:

En ese sentido, en la periferia, en la comunidad, no tenemos la opción del curandero, como lo hay en provincias altas. Acá tenemos, más bien, ex sanitarios que se han convertido en "médicos"... en la comunidad y que tienen toda la confianza de la población, pero ellos lucran, su trabajo es a ese nivel. Un poco que a pesar de que fueron ex trabajadores del Ministerio, ellos infringen en dar la atención. Por ejemplo, hemos tenido casos la temporada pasada de la malaria, la venta indiscriminada de medicamentos que ha llevado, en muchos casos, al abandono de nuestros pacientes. Porque ellos les daban su medicamento, que les provocaba cuadros de mejoría, entonces ellos ya no hacían caso al esquema de tratamiento que da, por ejemplo, el Ministerio (enfermera de microrred Santa Ana, Cusco).

A pesar que la función de los promotores en teoría está orientada a la detección y derivación de los pacientes, un análisis de los diversos casos nos muestra que ellos se han constituido en un eslabón de la cadena de atención y que prescriben medicamentos que, cuando no obtienen el efecto deseado,
obligan a derivar al paciente al establecimiento. Es común que esta derivación se aplace significativamente debido a la espera del efecto de los tratamientos dados por los promotores. En Ayacucho percibimos una situación más crítica que en Cusco, debido a que en el primero, los promotores suelen ser a la vez boticarios y les interesa vender sus medicamentos. En Cusco, la proporción de promotores boticarios es menor.

De todos modos, sea con promotores o sin ellos, la botica es un elemento adicional que aparece como una opción terapéutica que satisface la percepción de necesidad del usuario, obstaculizando el acceso de los pacientes al servicio:

En estos momentos tenemos, en lo que es ciudad de Quillabamba, proliferación de boticas, boticas y farmacias. Entonces la primera opción, por comodidad para la demanda, es acudir a estos establecimientos, y un poco que dificultan su acceso, por ejemplo, al hospital. Porque el hospital maneja un protocolo de tratamiento previo a los exámenes de laboratorio, lo que no les gusta a ellos. Ellos son “inmediatistas”, les gusta que inmediatamente... ya les estén dando el medicamento, entonces, en ese sentido hay un poco de lejanía en acceder a los servicios de salud. Pero de todas maneras la situación económica, por ejemplo, hace que acudan a los centros o puestos de salud, porque ahora los costos de los medicamentos en farmacias los está alejando, por la crisis económica que actualmente viene atravesando el poblador de La Convención.

La primera opción es la botica, por la comodidad y el “inmediatismo” que ellos requieren para su atención. Porque al acudir a un establecimiento de salud de todas maneras se cumple el protocolo de manejo de lo que es, por ejemplo, la vigilancia sindrómica. Entonces, por el factor tiempo, ellos no quieren esperar. Y en Quillabamba la mayoría de boticarios, tanto de la ciudad como de la periferia, todo síndrome que cruza con ictericia, fiebre, hemorragia, para ellos es hepatitis (trabajador de salud de La Convención, Cusco).

La tercera etapa del itinerario terapéutico es cuando el paciente acude o es llevado al establecimiento de salud. Ello ocurre generalmente cuando han fracasado las intervenciones previas, por lo que el paciente llega en etapas avanzadas de la enfermedad. La decisión de acudir a un establecimiento de salud a menudo es una salida a los fracasos de las anteriores acciones terapéuticas y ocurre en un contexto de enfermedad agravada.
Tres a cuatro pastillas le di...antes de llevarlo. Le hemos llevado a la posta cuando estaba grave, no le hacía nada esa pastilla. (promotor de Nueva Quillabamba)

Es importante destacar que el establecimiento de salud o el médico particular no siempre son la última etapa en el itinerario terapéutico. El paciente puede optar por insistir en otras alternativas, como se observa en el siguiente relato:

La hemos traído acá a la posta y estaba ocupado, o sea que de acá a la posta no estaban atendiendo, no, por ese motivo... se ha regresado a la casa y le hemos dado mates frescos, con eso se ha calmado y enseguida le he vuelto [al establecimiento de salud], la he llevado en la mañana y ha salido positivo.

En los itinerarios terapéuticos es relativamente frecuente que, cuando el establecimiento de salud no proceda adecuadamente o no satisface las expectativas del usuario, se acuda a otras instancias

... al pasar los días recién se ha vuelto amarillo, amarillos estaban sus ojos y he ido y me han dado amoxicilina. Con amoxicilina todo ha cambiado, su orina, todo se ha aclarecido. Lo que me ha dado el centro de salud eran positivos y con más motivo me lo ha llevado a Quillabamba. En Quillabamba le ha hecho análisis y ha salido negativo que diga, negativo también le he hecho analizar para que no esté preocupado mucho de mi hija y en particular también negativo salió. Ahora todos sus ojitos se han borrado (poblador de Quillabamba)

En algunos casos, cuando el episodio termina en la muerte, encontramos que luego del tratamiento en el establecimiento el enfermo regresa a cualquier terapia casera, e incluso en algunas ocasiones recurre al curandero, así como a otro especialista de su propio sistema de atención de la salud. Sin embargo, en los casos extremos simplemente acepta la muerte como un hecho inevitable.

En los casos graves, cuando no se acude al establecimiento de salud, la aceptación de la muerte no es una simple resignación o una expresión cultural del fatalismo: es más bien un proceso de discusión y cálculo del enfermo solo o del enfermo con su familia. Significa estimar el costo de una alternativa de consulta fuera de la zona; el estado de salud de la esposa, el dinero que se necesita para la educación del hijo mayor o la supervivencia de los otros hijos. En otros relatos, el dilema se presenta entre el costo -tal vez inútil- de una nueva consulta y tratamiento, o el ahorro del dinero
necesario para cubrir el gasto de la muerte (como el velorio y el entierro), percibido como un costo social para la familia que queda detrás del enfermo. Este razonamiento no es comprendido debidamente por el personal de salud, que juzga que estas decisiones sólo reflejan ignorancia o poco aprecio por la vida.

Además de la definición de los diferentes pasos terapéuticos, la reconstrucción del itinerario nos descubre dos hechos significativos sobre la relación enfermo/curador:

La comunicación del personal de salud con el enfermo o con el pariente que lo acompaña parece limitarse a indicar el nombre de la enfermedad y a dar indicaciones claras sobre del tratamiento. En contraste, la presunción diagnóstica hecha por el enfermo o el pariente que lo cuida está llena de razones sobre por qué se presume que pueda ser uno u otro daño; qué órgano está enfermo e, incluso, por qué no están de acuerdo con el diagnóstico dado por el profesional. Estos acuerdos o desacuerdos, por supuesto, no se manifiestan con toda claridad en la consulta, pero se traducen en esa combinación de terapias que muchas veces sigue el enfermo. Esta falta de diálogo puede estar en la base de las contradicciones en los tratamientos.

Por ejemplo, en un caso estudiado en el valle del Apurímac, cuando la esposa del paciente manifiesta al personal que no cree que la enfermedad sea tifoidea o hepatitis porque el enfermo no quería agua, el personal de salud simplemente afirma que no sale fiebre amarilla en el análisis. El tratamiento recomendado fue suero, posiblemente para hidratar al enfermo. Sin embargo, la esposa combinó el suero con un líquido para la "limpieza de estómago". La composición de esta limpieza de estómago era una mezcla de aceite de ricino, agua de linaza, papaya y jugo de naranja. Conociendo la propiedad de purgante del aceite de ricino, es fácil deducir que esta práctica jugó un papel contradictorio al que se quería obtener con la administración del suero. El paciente murió a los pocos días. Muestras del hígado señalaron que se trataba de un caso de fiebre amarilla. En este caso hubo incapacidad para efectuar el diagnóstico, pero ése no fue el único factor que contribuyó a la muerte: sin duda, otro fue la existencia de dos terapias que se contradecían entre sí por inadecuada comunicación.

Casos como éste podrían resolverse si hubiese un verdadero diálogo intercultural entre el profesional y el enfermo o su cuidadora. Si se discutieran las diferentes formas y contenido de los diagnósticos y si se
conociera con mayor profundidad la composición de las creencias y prácticas tradicionales para curar las enfermedades, este diálogo sería posible.

Los relatos acerca de la enfermedad entre peones nos muestran casos que reflejan las desigualdades sociales que condicionan las posibilidades de acceso a los servicios de salud. Como se sabe, los trabajadores temporales que laboran en el campo y que desde la sierra viajan solos a trabajar, y tienen que sentirse bien hasta cuando ya no pueden trabajar. En esos casos, las prácticas caseras para atender algún eventual malestar físico deben prolongarse hasta que los síntomas y signos de la enfermedad los incapaciten para ir a trabajar. En esos relatos se muestra también cómo la posibilidad de curación pasa por el grado de responsabilidad personal que los diferentes patrones asumen frente al enfermo. Algunos eluden la responsabilidad afirmando que el peón no trabajaba en sus campos cuando se manifestó la gravedad de una enfermedad. En esos casos, el enfermo se encuentra mucho más desamparado y no se sabe a quién acudir. Ello pone en evidencia la falta de protección no sólo legal sino de otras redes sociales cercanas, como la familia de los trabajadores migrantes.

Esta forma de enfrentar el problema de la enfermedad por la población es compatible con otros estudios realizados en el país127,128. Ello es consecuencia de un complejo proceso de construcción de decisiones descrito por Kroeger que enmarca un proceso de elaboración de percepciones, valoraciones, explicaciones y acciones concretas que al final se expresan en decisiones129. Sin embargo, este proceso está sujeto a muchas mediaciones y determinaciones. El contexto geográfico es un primer elemento determinante en la forma como se articulan las decisiones. Mientras más

rural es el escenario, mayor relevancia tienen los curadores locales. Éstos son de diversos tipos: desde los curanderos de raigambre andina (más numerosos en Ayacucho que en Cusco) hasta los promotores, boticarios y ex técnicos del Ministerio de Salud, pasando por los sanadores evangélicos. El itinerario terapéutico se expresa en el siguiente esquema:

En las diversas entrevistas es casi una constante la derivación del paciente por el curador local al servicio de salud cuando la intervención no ha sido efectiva. Si bien es un elemento que retrasa el acceso del paciente al servicio -que por ende llega a éste en un estado avanzado de la enfermedad-, es un elemento potencialmente útil si el establecimiento logra un nivel de articulación más efectivo con estos agentes locales. Cuando los problemas de salud ocurren en zonas con acceso a las capitales de provincia
o departamento, el proceso se hace más complejo, tal como se aprecia en el siguiente gráfico:
En este caso ocurre un proceso más complejo, en el sentido que el paciente puede ir primero a un centro de salud, luego ser derivado a un hospital rural, y de ahí pasar a una cuarta etapa en un consultorio o laboratorio privado. Claro que una vez que el paciente es atendido y no se establece una percepción de beneficio puede reiniciar el proceso, pasando de nuevo a los tratamientos con plantas o regresando al curador local para luego -una vez que se constata un mayor agravamiento- regresar al establecimiento. En ese sentido es importante mejorar la capacidad de respuesta y la calidad de atención de los establecimientos del primer nivel, de modo que sean capaces de retener al paciente o, por lo menos, mantenerlo en la esfera de un seguimiento permanente.

En los casos en que la enfermedad se da en un peón migrante, el itinerario se expresa en la gráfica siguiente:
Si algo queda claro en el caso de los peones es que su estado de trabajadores “enganchados” los hace sumamente sensibles a la presión del dueño que “los trae” y les exige trabajar, además de la necesidad de ganar algún dinero antes de regresar a sus localidades de origen. Por ello, el dueño de la chacra suele esperar hasta asegurarse de que esté realmente grave para llevar a su trabajador al establecimiento, cuando no muere y es enterrado en la chacra (es penoso el testimonio recogido que refiere que la mayoría de las chacras tiene su propio cementerio). Ello implica que los esfuerzos del establecimiento deben centrarse en este segmento de pobladores sumamente vulnerables, lo que refuerza nuestra percepción de que la vigilancia de poblaciones móviles tendría un gran impacto en la interrupción de la propagación de la fiebre amarilla, entre otros daños de elevada letalidad.
Los procesos descritos se articulan en forma concreta, más aún cuando se superponen las percepciones de los usuarios, sus sesgos de observación y de memoria, lo que nos lleva a relatos sumamente complejos, tanto en los pasos del itinerario como en los elementos que conforman cada uno de ellos, como se observa en los siguientes casos de pacientes del valle del Apurímac.

**Itinerario terapéutico. Caso: paciente fallecido de fiebre amarilla, Buena Vista, Ayacucho (informante: esposa)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Descripción por caso</th>
<th>Primer paso</th>
<th>Segundo paso</th>
<th>Tercer paso</th>
<th>Cuarto paso</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Referencia temporal</td>
<td>Hace dos años y medio</td>
<td>Seis meses después</td>
<td>Seis meses después</td>
<td>Quince días después</td>
</tr>
<tr>
<td>Signos y síntomas</td>
<td>Dolor de estómago y de cabeza</td>
<td>Reaparecen los mismos síntomas más fiebre</td>
<td>Mal aliento, dolor de estómago, decaimiento, falta de apetito</td>
<td>Los mismos síntomas más fiebre alta, frío y temblores, no pudo pasar última pastilla</td>
</tr>
<tr>
<td>Presunción</td>
<td>Malestares</td>
<td>Algo más grave</td>
<td>Otra vez paludismo</td>
<td>No puede ser paludismo, debe ser tifoidea</td>
</tr>
<tr>
<td>Diagnóstico</td>
<td>No hubo</td>
<td>En clínica particular, úlcera y paludismo</td>
<td>No hubo</td>
<td>Posta Buena Vista. No análisis. Ausencia del biólogo</td>
</tr>
<tr>
<td>Tratamiento</td>
<td>En casa, con emplastos de barro en el estómago</td>
<td>Cápsulas para úlcera y tratamiento para paludismo, combinado con hierbas y emplasto</td>
<td>En casa, jugo de limones y hierba alto-alto, combinado con compra de cuatro pastillas para paludismo</td>
<td>Pastillas e inyección y limpieza de estómago: limón, perejil y papaya, con emplastos de barro en el estómago</td>
</tr>
<tr>
<td>Resultado</td>
<td>Alivio</td>
<td>Alivio</td>
<td>Se puso peor</td>
<td>No mejoró</td>
</tr>
<tr>
<td>Duración</td>
<td>Seis meses</td>
<td>Seis meses</td>
<td>Quince días</td>
<td>Tres días</td>
</tr>
<tr>
<td>Descripción</td>
<td>Quinto paso</td>
<td>Sexto paso</td>
<td>Séptimo paso</td>
<td>Octavo paso</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------</td>
<td>-----------------------------</td>
<td>--------------------------------</td>
<td>--------------------------------</td>
<td>------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Referencia temporal</td>
<td>Tres días después</td>
<td>Dos días después</td>
<td>Ocho días después</td>
<td>Análisis posterior a la muerte confirmó que fue un caso de fiebre amarilla</td>
</tr>
<tr>
<td>Signos y síntomas</td>
<td>Los mismos síntomas más vómitos</td>
<td>Cuerpo amarillo, no quería agua, decaimiento general</td>
<td>“Sigue cada vez más amarillo”.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Presunción</td>
<td>Complicación: úlcera y tifoidea</td>
<td>“No puede ser ni hepatitis ni tifoidea ni que no quiere agua. Algo raro es”.</td>
<td>Concuerta con amiga en que es fiebre amarilla porque no quiere agua</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Diagnóstico</td>
<td>Clínica particular: tifoidea y paludismo</td>
<td>Posta: análisis hepatitis y tifoidea</td>
<td>Posta: dicen que análisis no da fiebre amarilla</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tratamiento</td>
<td>Suero y ampolla</td>
<td>Suero, le dan pastillas y combina con emplastos de barro y jugo de zanahoria en copitas</td>
<td>Suero y limpieza de estómago: aceite de ricino, cola de caballo, limón, papaya y naranja</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Resultado</td>
<td>Mejora el dolor un día. Al día siguiente, brazos pesados</td>
<td>Ocho días, no mejora</td>
<td></td>
<td>Fallece a los dos días</td>
</tr>
<tr>
<td>Duración</td>
<td>Dos días</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Itinerario terapéutico. Caso: varón de Bella Vista fallecido de fiebre amarilla, confirmado

<table>
<thead>
<tr>
<th>Descripción por caso</th>
<th>Primera etapa</th>
<th>Segunda etapa</th>
<th>Tercera etapa</th>
<th>Cuarta etapa</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Referencia temporal</td>
<td>Hace más de dos años</td>
<td>Dos años después</td>
<td>Día siguiente</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Signos y síntomas</td>
<td>Dolor de estómago, cólicos, riñón, tos</td>
<td>Los mismos síntomas y cuerpo amarillo, decaimiento</td>
<td>Los mismos síntomas y náuseas</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Presunción</td>
<td>Paludismo, tifoidea</td>
<td>“De paludismo a tifoidea, a hepatitis se cambió”.</td>
<td>Tiene “mal aire”.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Diagnóstico</td>
<td>Botica: o hubo.</td>
<td>Posta Santa Rosa: análisis no dio nada</td>
<td>Botica</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tratamiento</td>
<td>Inyecciones para el riñón</td>
<td>Tratamiento de pastillas</td>
<td>Inyecciones</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Resultado</td>
<td>Mejorías leves</td>
<td>No mejora</td>
<td>Empeora y muere</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Duración</td>
<td>Dos años</td>
<td>Un día</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
**Itinerario terapeútico. Caso Nueva Quillabamba, fallecido por síndrome ictérico de etiología no determinada**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Descripción por caso</th>
<th>Primera etapa</th>
<th>Segunda etapa</th>
<th>Tercera etapa</th>
<th>Cuarto paso</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Referencia temporal</td>
<td>Fiebre alta</td>
<td>Cinco días después</td>
<td>Quince días después</td>
<td>Ocho días después</td>
</tr>
<tr>
<td>Signos y síntomas</td>
<td>Malestares</td>
<td>Fiebre alta, dolor de cuerpo y vómitos</td>
<td>Los mismos y dolor al abdomen</td>
<td>Los mismos más decaimiento, orines amarillos</td>
</tr>
<tr>
<td>Presunción</td>
<td>No hubo</td>
<td>“Agarró la paccha cuando iba al trabajo”</td>
<td>Será el hígado</td>
<td>Hepatitis</td>
</tr>
<tr>
<td>Diagnóstico</td>
<td>Hierba santa</td>
<td>No hubo</td>
<td>Boticario: no dio diagnóstico</td>
<td>Posta médica, no indicó diagnóstico</td>
</tr>
<tr>
<td>Tratamiento</td>
<td>Todo lo devolvía, siguió enfermo</td>
<td>Curandero lleva flores y ropa al río y al lugar donde se cayó</td>
<td>Inyecciones</td>
<td>Pastillas para el hígado</td>
</tr>
<tr>
<td>Resultado</td>
<td>Cinco días</td>
<td>No mejoró</td>
<td>No mejoró</td>
<td>Murió después de dos meses</td>
</tr>
<tr>
<td>Duración</td>
<td>Quince días</td>
<td>Ocho días</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Capítulo 4
La cultura sanitaria de los nativos del valle de San Francisco y La Convención con relación al SIFHA

4.1. La comunidad nativa de Sampantuari en Kimbiri

Sampantuari es una comunidad de origen ashaninka situada a quince minutos en automóvil de Kimbiri, en el valle del río Apurímac, pero dentro de la jurisdicción del Cusco. Sampantuari tiene veinticinco años de antigüedad y una población de 345 personas. Sus principales autoridades son el jefe de la comunidad, el teniente gobernador, el agente municipal y el agente del registro civil. Las autoridades en la actualidad son elegidas por votación en una asamblea general de la comunidad. Sin embargo, sabemos que en algunas comunidades ashaninka del valle los cargos todavía se obtienen de manera tradicional y son hereditarios. En Sampantuari la población refiere que no hay casos de poligamia, como sí ocurre en otras comunidades ashaninka.

De acuerdo a lo mencionado, toda la población del pueblo es de origen ashaninka, y que un no ashaninka no podía vivir allí si se casaba con alguien del pueblo: tenía que llevar al esposo/as ashaninka afuera.

La gente afirma ser católica en su mayoría, aunque se menciona que hay algunos evangélicos. En realidad, ellos han tenido muy poco contacto con la religión católica, aunque probablemente bautizan a sus niños desde muy pequeños. No participan en ritos católicos y las creencias católicas que existen son débiles, porque a esa zona no llegan nunca o casi nunca los sacerdotes.

130 Se visitó otro pueblo nativo de origen matsiguenga -Limatambo- situado a varias horas al sur de Kimbiri, entre San Martín y Lechemayo. En realidad se hizo un viaje a esta comunidad -no prevista en el diseño de investigación- por la importancia de verificar casos de SIFHA también en las comunidades nativas de esta zona. La red de servicios informaba que no se había reportado ningún caso en esa zona nativa. Sin embargo, cuando mencionamos los síntomas la población nos señaló muchos casos del síndrome, si bien indicaron que no hubo muertes. La gente no mencionó hemorragias: más bien sí ictericia, fiebre y manchas.
Narraron diversos mitos que forman parte de sus creencias que no se han visto influidos por el catolicismo y que, más bien, se alejan mucho de éste. Uno de ello se refiere al origen del mundo, de los animales, del pueblo asháninka y de los demás pueblos, otro que predecía su decadencia actual, pero que también predice el triunfo futuro del pueblo asháninka. Es curioso este último punto: en el mito se dice que extraños traerían enfermedades y no dejarían crecer al pueblo asháninka, y la respuesta unánime que dieron con mayor frecuencia cuando se les preguntaba por el origen de las enfermedades era que las trajeron los colonos.

*A nosotros nos dijeron que de acá a unos años iban a venir trayendo toda clase de enfermedades, pero ustedes se van a morir ahí, por eso nosotros no aumentamos, ahí nomás se quedan las cosas (nativo de Sampantuari)*

Entonces, ¿ustedes piensan que el pueblo asháninka va a desaparecer?

*No, el pueblo asháninka tiene que avanzar.*

Pero ustedes dicen que los colonos han ganado en un momento...

*O sea que mucho ya están mortificando en estos momentos.*

¿Pero ustedes tienen la idea, en sus historias, que en el futuro el pueblo asháninka va a renacer?

*Va a nacer, pero mediante los niños.*

¿Y en el futuro el asháninka le va a ganar al colono?

*Sí, así.*

*Nosología popular*

Al mencionarles el conjunto de síntomas correspondientes a los síndromes, los nombres más comunes que se nos señalaron fueron tifoidea y hepatitis. Sin embargo, se dijeron en varias oportunidades que recién aparecidos los primeros síntomas las personas comúnmente piensan que se trata de paludismo.\(^{131}\)

---

\(^{131}\) Cabe destacar que el nombre *chuccho* también es usado por los asháninkas para señalar la tembladera o el paludismo.
Por otro lado, también se mencionaron nombres populares de enfermedades como el “susto”, el “mal aire”, el “daño” y el “alcanzo”.

Es curioso que, a diferencia de los colonos, para los nativos una enfermedad puede tener a la vez un nombre popular de enfermedad sobrenatural (“daño” o “alcanzo”) y un nombre biomédico (hepatitis, tifoidea, etcétera). Lo que sucede es que se piensa que una enfermedad con nombre biomédico puede tener una causa sobrenatural que debe ser combatida por su lado, al igual que debe ser combatida la parte física con medicamentos y hierbas. Es decir, una persona puede tener al mismo tiempo “daño” y hepatitis, siendo la primera la causa de la segunda. A este estado se le llama “complicación”, pero debemos señalar que este término tiene una segunda acepción que veremos más adelante.

La población señaló que la hepatitis, la tifoidea y la malaria tienen síntomas similares y que a veces no se puede distinguir de qué enfermedad se trata.

“...Eee, la hepatitis se orina muy amarillo, también los ojos se ponen amarillos, pero puede ser paludismo, tifoidea o hepatitis.” (poblador nativo)

En otra entrevista con varios pobladores se refleja lo mismo. Nótese que se menciona que antes no conocían esa enfermedad. Aunque aquí no lo dicen directamente, en muchos otros pasajes de entrevistas atribuyen la enfermedad a la presencia de colonos, como se señaló arriba:

_ Antes no hemos conocido fiebre....Antes no ha habido fiebre...Amarillo, tampoco hubo, sólo últimamente de este poco tiempo escuché, desde el 91 recién estaba viendo la fiebre, con escalofríos, dolor de cabeza fuerte y adormecido el cuerpo no podían ni caminar tampoco tenían ganas de comer... vomitaban....Bueno, en tres días o cuatro pasa.. Eso es según nos hacemos curaciones, si no nos curamos no pasa.

_ Así es constante, a veces nosotros compramos en la farmacia pastillas y después se calma.... día y noche... hay tembladera y están con los bronquios, también después de dos o tres días ya no les da ganas de comer.... Palidez también les da...es la Tifoidea... O hepatitis también... Como nosotros no conocemos esa enfermedad._

Por otro lado, la población nativa mencionaba que existía una diferencia entre el paludismo simple y el mezclado con hepatitis y tifoidea. A este último estado se le llama también “complicación”. Este concepto es similar al de los colonos. La gente nativa nos mencionó que esos casos de complicación
son comunes y muy peligrosos. En el siguiente pasaje se pide a una persona que diferencie entre diversas enfermedades:

Antes sólo había enfermedad del paludismo no más, del simple, pero ahora hay otra enfermedad: paludismo, tifoidea y hepatitis, otro distinto.

Paludismo...Por picadura de zancudo, fiebre da... hepatitis Da con mareos, parece borracho uno, da vueltas... Si uno ya no puede caminar, es feo eso. Uno muere al toque... tifoidea? Uno para mareado, parece borracho, pero la diferencia con el paludismo uno está con frío, para temblando, pe'.

¿Y hepatitis? a no tienes ganas de comer, de hacer cualquier cosa....: Flaco, flaquito quedas...Amarillo. Igual paludismo, amarillo es. Ojos se ponen bien amarillo, como el achiote, la caca también es amarilla y la orina también...cómo es tu caca? Amarillo, pe', parece achiote, pe.. Como el palillo.

Cabe destacar que el término “fiebre amarilla” fue muy poco mencionada por nuestros entrevistados nativos. Aparentemente han escuchado hablar poco de ella, y cuando la describen más bien parecen referirse no a una entidad nosológica en particular sino a la suma de dos síntomas: la fiebre y el color amarillento de la piel y los ojos. No hemos percibido que la distingan de la hepatitis o la tifoidea, más bien a veces utilizaban estos tres nombres para referirse a un mismo caso de enfermedad.

También encontramos que algunas personas denominan como “anemia” el estado de ictericia con fatiga, no se considera grave en sí y parece que generalmente no motiva la asistencia a los servicios.

Por otro lado, se mencionaron nombres en idioma nativo de síntomas o de conjuntos de éstos. Por ejemplo, se nos dijo que kashire era un nombre para designar todo tipo de enfermedades. Kashinkatanshi servía para designar la fiebre. En ashaninka, color amarillo es kiteri, pero al estado mórbido caracterizado por ictericia con fiebre y manchas rojas -que según mencionan es un estado mórbido muy común- se le llama “kiteri negro”. Es de destacar que, cuando mencionan el color negro, dicen indistintamente amarillo o negro132.

132 Esto también lo hemos encontrado a veces entre los colonos y tal vez sea la explicación del nombre “botella negra” que adquiere para algunos colonos este conjunto de síntomas. Recomendamos que tanto los colonos como los nativos tienen un color de piel muy oscuro por ser descendientes de población aborigen americana. La ictericia en estas poblaciones probablemente se ve como un oscurecimiento mayor y por eso se la designa como color
Le llamamos kashinkatanshi a la fiebre.. Amarillo es kiteri... Si viene fiebre con amarillo... ¡Ah! Este kiteri negro... Sí, pero de eso también con rojizo...manchas rojas

Signos de alarma

Finalmente debemos señalar que de los relatos de los nativos se desprende que el signo de alarma más importante (que indica búsqueda de ayuda más allá de la terapia casera) es la fiebre alta o de varios días de duración. Entre ellos tampoco parece ser muy importante la ictericia por sí sola (que en algunas ocasiones también es llamada anemia). Se señaló que los vómitos constituían un signo de preocupación y que los vómitos con sangre eran señal de pronta muerte. En un caso también se mencionó la hinchazón de los pies como un signo que motivó la asistencia a los servicios de salud.

Etiología

Ya mencionamos que los nativos atribuyen sus enfermedades a la presencia de colonos en el área. Esta causa fue muy destacada cuando nos contaban historias de casos con síntomas que encajaban dentro de la definición de los síndromes del estudio, aunque a nuestro parecer vale para varias enfermedades más o, quién sabe, para el conjunto de las enfermedades. Sería necesario un estudio más detallado al respecto para averiguarlo.

Nosotros hemos pensado que nuestros antepasados que vivían en este valle cuando no había colonos, en esa época nuestros antepasados no tenían problemas de enfermedades como cólera, gripe, no teníamos nada de esas enfermedades. Nosotros, según ustedes que dicen que los campas son sucios, que comíamos cochinos, que andábamos descalzos cuando en el 79 y 80, cuando recién vinieron colonos de Quimbiri ellos trajeron todas las enfermedades, como gripe, diarrea, y nos han contagiado a todos. (negro. Por ejemplo, un poblador de Nueva Quillabamba nos dijo, refiriéndose a un caso: "No era demasiado amarillo sino más bien negro". Otro poblador del mismo pueblo nos dijo: "La botella negra dicen que es cuando se pone todo negro". Anteriormente ese mismo poblador mencionó el color amarillento como uno de signos de esa enfermedad.
pobladora nativa)

Nosotros llamamos hepatitis porque nuestros antepasados no conocían esa enfermedad, esa enfermedad vino con los colonos, recién ahí nos hemos enterado de esa enfermedad, pe'.

Una de las diferencias más significativas entre las percepciones colonas y nativas es que para éstos últimos las enfermedades con nombre biomédico pueden tener un origen sobrenatural o mágico, como ya vimos.

Piensan, piensan. Entonces el poblador que piensa eso dice “me voy a curar primero de la hechicería y para mi cuerpo voy a tomar pastillas”, piensan eso... Sí, desde el principio. Claro, sí no se curan las dos cosas, piensan que se pueden complicar peor.

Es claro que entre la población nativa los mensajes del programa de malaria del Ministerio de Salud han calado en cierta medida (como también sucede con la población colona), y cuando se les pregunta cuál es la causa se menciona la picadura de los zancudos. Más bien la causa que se menciona para la hepatitis o tifoidea es la de ingestión de alimentos cálidos\textsuperscript{133}. Se puede percibir que los nativos también poseen una noción similar de desequilibrio frío-calor como causante de la enfermedad. Ambas causas se reflejan en el siguiente fragmento de entrevista:

\textit{Eh..., justamente a veces dicen ¿no?: “Había comido tal cosa”, ¿no?, un pollo, o de repente en algún lugar había comido tal cosa ¿no?, “probablemente sea eso, porque eso no más he comido”... Así es... Un poco creo que se puede decir, siempre le dicen por el clima, por el sol, ¿no?, por el calor.}

Al preguntarle a otra señora cuál era la causa de la enfermedad de su esposo -un caso de muerte reportado como icterohemorrágico- nos dijo que era el calor, el sol, y que también tenía que ver con la ingestión de una fruta cálida como la naranja. Debemos resaltar que el exceso de calor que produce el desequilibrio no sólo es causado por ingestión de alimentos cálidos sino también por sobreexposición al sol o al calor (como también

\textsuperscript{133} Que los nativos consideren que la malaria es causada por el zancudo no significa que no piensen que también pueda considerarse un desequilibrio producido por un exceso de calor.\textsuperscript{187}
encontramos entre los colonos):

El sol y... ¿cómo se llama?... el polvo de la tierra.

¿De la tierra...? de la fruta naranja.

Sin embargo, también hay gente que considera que la tifoidea es causada por la picadura de zancudo.

*A veces nosotros no nos cuidamos bien de los zancudos. Por ejemplo, el señor de allá tiene una enfermedad que se llama tifoidea, ese zancudo que le picó a él me puede picar a mí cuando duermo, esa enfermedad del señor me da a mí.* (pobladora de)

Por otro lado, existe la noción de que el paludismo simple se vuelve paludismo complicado o “complicación” (paludismo más tifoidea y hepatitis) cuando la persona se descuida e ingiere cosas cálidas como el caldo de gallina o el chancho.

*Sí, al toque nos da, cuando comemos, por ejemplo, gallina, es peligroso, pe’... Paludismo también. Los tres juntos son complicados... Con las tres cosas. Mi sobrinito casi se muere de flaquito...*  

Otros alimentos que según se piensa pueden complicar el paludismo son el atún y el masato. Veamos el siguiente pasaje, donde además se mencionan los alimentos que se pueden comer cuando ataca esa enfermedad:

*Mira, a veces por comer cualquier pescado, cualquier cosita de esas te choca, pe’. A veces por tomar masato te contagias de hepatitis.*

*Te da, pe’. Por eso que nosotros no comemos atún, solamente comemos pescados del río Apurímac.... Atún a veces no comemos. Antes lo comía, pero ahora no.. Solamente carnerito, ovejita, papa... Cuando se enferman, pe’, con fideos “cabello de angel”.*

En otra entrevista, un nativo menciona el chancho como causante de una enfermedad con mareos, náuseas, ictericia y fiebre (en otro fragmento la menciona). Unos parientes de él también participaron en el diálogo. Nótese que se menciona al ayahuasca como una planta curativa de propiedades purgantes:

*¡Hay bastantes! Plantas medicinales aquí hay bastantes.*

*yo nunca he tomado pastillas, nunca me he enfermado, cocinaron chancho en el pueblo y eso pura grasa, me cayó mal, al día siguiente no podía levantarme, quería vomitar, el día lunes estaba sin curar,*
martes sin curar, y ya para el día miércoles uno ya no puede caminar,
uno para mareado nomás. Cuando tomé ayahuasca me hizo vomitar
amarillo, como palillo, y mi orina también estaba amarilla.

Itinerario terapéutico: prácticas populares con relación al SIFHA

Se puede afirmar que la primera opción terapéutica es el uso de remedios
caseros; en segundo lugar están la automedicación y la asistencia al
promotor de salud, que tiene una importante participación en la atención de
casos y en la venta de medicamentos. Sin embargo, la opción terapéutica
depende de la interpretación de la enfermedad, y en algunos casos se puede
pensar en algún momento que la enfermedad tiene una causa mágica o
sobrenatural. En esas circunstancias, la gente piensa en acudir al curandero.
Esto puede suceder al principio de la enfermedad y convertirse en la
primera opción terapéutica, como en una etapa final luego de haber
recursado a la terapia casera, a la automedicación o a los centros de salud.

Claro, justamente, por ejemplo, hay niños que sufren lo que es el susto,
¿no?, generalmente hay niños que sufren el susto... y a veces...
justamente... la persona que lo lleva... el padre de familia lleva al centro
de salud, ¿no? Solamente lo lleva cuando tiene vómitos, diarreas, le dan su
bolsita salvadora, pero sigue el niño, ¿no? Hasta que se vuelve, de
repente, tiras, se vuelve, ¿no?, se deshidrata tiras, ¿no? Ya no come nada,
no puede ya ni hablar, ¿no? Hasta a veces los del centro de salud creen
que es susto, puede ser susto, dice, por qué no lo llevan donde alguna
mamita o alguna persona que domine... lo que es... el curanderismo, ¿no? Y
eso a veces resulta, eso yo mismo... yo no creía en eso, ¿no?, realmente
ahora sí creo.(poblador de Sampantuari)

Si bien la cita anterior refiere casos en los que se va al centro de salud
antes que al curandero, en el conjunto de entrevistas se percibe la
tendencia a que la asistencia a los centros de la salud sea la última opción
cuando las demás han fracasado, y suele realizarse luego de muchos días de
iniciados los síntomas. Incluso se tuvo información de casos que ni siquiera
acudieron a los centros de salud y han muerto en sus propias casas, algunos
de los cuales se grafican con citas más adelante.

Las enfermedades nos pueden llevar a la muerte, cualquier rato pueden
fallecer, pero ellos a veces se dejan un poquito, se dejan, casi no recurren al
centro de salud, se quedan en casa ellos, y a veces ya cuando están graves recurren al centro de salud, a falta, a veces, de economía, no tienen economía... No les atienden en el centro de salud si no tienen economía, hoy en día nadie atiende así, gratis... A veces hay eso, de repente toman algunas hierbas, las hierbas que ellos conocen, las hierbas que le pueden hacer, de repente, efecto, que le pueden calmar de alguna manera, toman algunas hierbas. No, claro que después recurren a medicinas, ¿no?, cuando ya están graves... Probablemente alguno, de repente, ¿no?, lo adquieran así sin consulta médica, se automedican, algunos recurren al centro de salud...(profesor en Sampantuari)

Es muy significativo que entre los nativos se piense que la enfermedad física (que pueden nombrar con términos nativos como kashire o biomédicos como hepatitis) puede ser causada por daño o hechicería y que se recurra a curar la parte espiritual o mágica y también la parte física con medicamentos y hierbas. Según lo que comenta la gente, cuando se piensa que la causa es daño (o cualquier enfermedad de origen mágico), primero se intenta curar la parte espiritual o mágica (la hechicería) y luego la parte física. Ellos aseguran que no se pueden combinar ambos tratamientos porque sería fatal y que, más bien, deben transcurrir varios días luego del tratamiento mágico para empezar el tratamiento occidental. En la siguiente cita se puede apreciar lo que hemos mencionado, así como el uso del término “complicación” para referirse a la presencia de ambas enfermedades juntas134. Nótese también la mención de la técnica del “vaporeo” para curar las enfermedades:

E: Esto que nos habló el señor, lo de la complicación, ¿esto mucha gente piensa?

Piensan muchos... Para definir la complicación tiene que ver todo, si está complicado, primero tiene que curar el alcanzo y luego la enfermedad común... las dos cosas.

¿Y eso hace la gente también?

Sí, acá solamente hacemos con vapor... o sea que el vapor solamente saca la hechicería, lo que tenemos dentro de nuestro cuerpo, pero si sigue la enfermedad común solamente hay que tomar medicamentos para

134 Recordemos que esta es otra acepción de "complicación". La que mencionamos anteriormente tiene que ver con la presencia de varias enfermedades de nombre biomédico, como hepatitis, paludismo y tifoidea.
combattir. Primero hacen vapor durante cuatro o cinco días, después de eso ya pueden curarse de la otra enfermedad.

Si fueran los dos días, puede chocar y puede morir....No. Tiene que dejar cinco días..... Primero es vapor y después es medicina.... No, tienen que ir porque si tienen hepatitis, tifoidea, malaria, por eso tienen que ir al hospital porque la enfermedad sigue.

Este comportamiento con respecto a la enfermedad es muy diferente al del colono, que divide claramente entre las enfermedades de tipo mágico y las de tipo físico, al menos en teoría\textsuperscript{135}. Hemos detectado, además, que estas interpretaciones y comportamientos de los ashaninka parecen ser muy comunes.

El personal del hospital de San Francisco refirió que ocasionalmente llegan pacientes ashaninka con el cuerpo pintado de negro o verde. Probablemente se trate de pintura de huito. Este fruto tiene la propiedad de espantar a los malos espíritus. Que lleguen los pacientes con esa pintura corporal al hospital es otra prueba más del uso de la terapia mágica y la biomédica para un mismo episodio de enfermedad.

La gente misma nos transmitió la idea de que el paludismo se trata con cloroquina, la tifoidea con cloranfenicol y la hepatitis con hepabionta. No podemos calcular qué proporción de gente conoce estos tratamientos, pero fue interesante escuchar varias opiniones que nos señalaron esos tres productos farmacéuticos para estas tres enfermedades. Pero aún más curioso que eso fue encontrar diversas declaraciones en el sentido de que la complicación de paludismo, hepatitis y tifoidea se trataba proporcionando al paciente los tres productos al mismo tiempo\textsuperscript{136}.

Bueno, la cosa es que ellos, cómo saben si no están complicados, a través de las muestras de sangre, gota gruesa y muestras para hepatitis si es hepatitis. Ellos dicen que es complicación, por ejemplo, cuando se van a la farmacia, compran remedios, cloranfenicol para tifoidea, hepabionta para hepatitis y para paludismo es cloroquina, hacen tomar esto....las tres cosas y

\textsuperscript{135} Hemos mencionado varias veces que la población a menudo no sabe con certeza de qué tipo de enfermedad se trata. Lo claro es que la preeminencia de una interpretación excluye la otra.

\textsuperscript{136} No debemos confundir con la otra idea de "complicación" mencionada anteriormente, que se refiere a la presencia de una causa mágica y sobrenatural y a una enfermedad con nombre biomédico.
se sanan (promotor de salud de Sampantuari).

Con relación a las terapias caseras también se recogió información interesante. Si bien, las hierbas o los tratamientos caseros se emplean en diferentes etapas de la enfermedad. Estos remedios sirven para curar los males físicos. Se cuenta con información contradictoria con respecto a la utilización simultánea de éstos con medicamentos occidentales -tal vez algunos se puedan combinar y otros no- pero tampoco tenemos las evidencias necesarias para afirmar esto.

Como también se considera a las enfermedades como producidas por exceso de calor, las terapias caseras se destinan a restablecer el equilibrio mediante la aplicación de elementos frescos y la abstención de los cálidos. Es curioso que también nos dijeran que esas enfermedades se curaban con cosas amargas\(^{137}\). Los baños fríos de hierba santa son comunes, así como la ingestión de esta misma hierba además de la chancapiedra, el visacuchi, la betarraga mezclada con siciliana, la arosea, la raíz de yumpa y la hiel de pescado. La ingestión de estas hierbas tiene la finalidad de bajar la fiebre. Además, la hiel de pescado se señala como preventivo para la malaria. El promotor nos dijo: “Si comes hiel nunca te va a dar”. También hemos oído que se usa el ayahuasca con fines purgantes\(^{138}\).

No ha ido a San Francisco... Tomando ayahuasca se curó... Tomando ayahuasca que acá tenemos en la casa... Para vomitar, es que a veces sucio está adentro.... Purga, pe’.

Con eso nos sentimos un poco mejor, por eso siempre tenemos en las casas... Ayahuasca, no más, a veces chancapiedra y visacuchi para paludismo... Eso lo hacen tomar amargo... Tres veces al día se toma.... Sin pastillas nomás.

Otro ejemplo de utilización de los baños con hierba santa:

Te da escalofríos, tienes que bañarte con una hierbita en agua tibia, esa hierba se llama hierba santa... Agua fría, pe’. Porque con caliente agua es

\(^{137}\) Entre los colonos también encontramos algunos indicios de que estas enfermedades se curan con elementos de sabor amargo, pero no tenemos tantas evidencias como para generalizar esta afirmación para la población colona del valle.

\(^{138}\) Cabe notar que diversos estudios han señalado que la noción de “limpieza” o “purga” en el caso de ayahuasca no sólo tiene que ver con lo corporal sino también con lo espiritual.
más peor....Agua fría se pone, doctor.

En la siguiente cita un poblador comenta sobre el amargor de los remedios contra esas enfermedades y menciona la raíz de yumpa:

*Sí, hay hierbas aquí amargas, como hierba santa...curanmalaria...Claro, bien amargo tiene que ser.. Cualquier. Por ejemplo, de la raíz de la yumpa puedes tomar.*

**Curanderos**

Se percibe que los curanderos juegan un papel importante en el pueblo asháninka. En varios de los casos de enfermedades que señalaron se acudió a ellos. Conseguir datos sobre los curanderos fue difícil (como ocurrió también entre los colonos). En un principio la gente mostraba resistencia para hablarnos al respecto\(^{139}\). Sin embargo, posteriormente se pudo obtener una información interesante.

Hay dos tipos de curanderos asháninka. En la comunidad de Sampantuari existe sólo uno de estos tipos, el de menor rango, que es llamado simplemente curandero. Al de mayor rango se le llama *shiripiari*, que se traduce literalmente como “el que masca tabaco”. No se va a detallar las características de cada uno; sólo se mencionará que el *shiripiari* es aquel que manipula los espíritus, negocia con ellos mediante estas negociaciones realiza las curaciones. También tiene la capacidad de enviar daños mediante sus armas mágicas. Las técnicas que emplea son diferentes de las del curandero común. Éste último no tiene mayor poder de manipulación de los espíritus, usa algunas técnicas para rechazar el daño (básicamente la del vaporeo), pero no puede curar cierto tipo de brujería, como la enviada por un *shiripiari*.

El vaporeo consiste en colocar ciertas hierbas en una olla e impregnar al paciente con el vapor producido. Luego de cierto tiempo, el curandero descubre una piedra o cualquier otro objeto que se considera la

\(^{139}\) No podemos dedicarnos a profundizar en las razones de esta resistencia. Simplemente vamos a señalar que varios autores han señalado el fenómeno, y una de las razones que se aduce con frecuencia es que la población tiene temor al curandero por su poder y la posibilidad que tiene de hacer daño. Sabiendo que la hechicería se asocia al curanderismo, entonces la gente piensa que al curandero no le debe gustar que los extraños se enteren de que realiza esa prácticas. Luego podría tomar represalias contra ellos.
materialización del daño o el daño mismo, en palabras de ellos. Hemos descubierto que estos curanderos comunes son expertos en el uso de hierbas, que pueden curar brujería simple, susto, alcanzo y mal aire, pero además de las causas mágicas o sobrenaturales de las enfermedades, pueden sanar diversos males físicos, e incluso algunos con nombre biomédico. También descubrimos que los curanderos comunes o simples de Sampantuari realizan sesiones de toma de ayahuasca, un alucinógeno que entre otras cosas es usado por el curandero para “ver” con mayor claridad la enfermedad de la persona y el tratamiento que necesita, al mismo tiempo que realiza cantos que tienen una intención terapéutica.

En la siguiente cita se pueden apreciar algunas características de los curanderos, como las diferencias entre éstos y otras cosas:

Un señor de la comunidad nos dijo que él tomaba ayahuasca.

_Eso en adultos nomás. Adultos nomás toman ayahuasca, niños no... Sí, canta, cantan y esa canción lo cura, pe’, al que recibe todo cuando cura se sana._

E: ¿Ese señor también puede curar el alcanzo o no?

R1: _Sí cura... Sí, susto también... ashaninka es._

¿Y también sabe usar el vapor?

_También lo utiliza... Sí, vaporización... No, así no más, su nombre no más le dicen._

¿_Shiripiari es más alto... Sí, él sabe más... adivina._

Los comuneros nos señalaron que en algunas ocasiones, cuando se sospecha de un daño y la enfermedad no puede ser curada por los curanderos locales, tienen que viajar largas distancias y acudir donde los shiripiari que se encuentran en otras comunidades ashaninkas, lo que es sumamente costoso no sólo por los gastos del viaje sino también por lo que cobra el propio shiripiari.

Cabe destacar que los colonos también recurren a los curanderos de origen serrano o colono. Se dice que más van donde ellos cuando se piensa que la enfermedad es alcanzo o “pacha”, una enfermedad que consideran traída por los colonos. Es curioso que los colonos no sólo se consideren causantes de

---

140 Mayormente -mas no exclusivamente- es curada por curanderos colonos. En una cita anterior se aprecia que un curandero asháninca también la puede curar.
enfermedades con nombre biomédico sino también de algunas de tipo mágico. En el siguiente fragmento se aprecia cómo se cura el alcanzo y a quiénes recurren los ashaninka de Sampantuari:

Y el alcanzo, ¿ustedes piensan que eso puede ser curado con medicina?
Con eso no se puede curar.. solamente tiene que hacer ofrendas.
¿Pagar?
Sí, y al día siguiente...
¿Y el ashaninka también sabe hacer eso?
No sabemos, por eso tenemos que ir donde señores que saben.
¿Quiénes son esos que saben?
Acá hay en Quimbiri... colonos.. curanderos.

Asistencia a los servicios de salud

Como ya se mencionó, los ashaninka de Sampantuari asisten muy poco a los centros de salud y, si lo hacen, por lo general es muy tardíamente, en estados de gravedad. Esta opinión es ampliamente compartida por los diversos tipos de entrevistados, desde proveedores hasta promotores y población. Las razones son varias. En parte se explica por la nosología y etiología populares que pueden privilegiar tratamientos con hierbas o de tipo mágico, pero también hemos detectado otro tipo de razones que se relacionan más bien con ciertas características de los servicios de salud.

A pesar de que un alto directivo del hospital de San Francisco señaló que la atención a los nativos era gratuita, se encontró que los nativos siempre aducen que demoran en ir a los servicios de salud porque no tienen dinero para gastar. En caso que ellos sospechen que la enfermedad debe tratarse con medicamentos occidentales, lo más común es que se dirijan al promotor o a otro boticario. Ellos les venderán los productos y les indicarán los tratamientos a seguir. La venta de medicamentos de los promotores los coloca en una situación de competitividad con los servicios en términos de demanda de pacientes. Esto ya se mencionó cuando se trato sobre los promotores colonos y es uno de los hallazgos más importantes del estudio. Verdaderamente, a ellos les interesa vender sus productos y, de esa manera, demoran la asistencia a los servicios.
Sin embargo, también es cierto que los promotores en algunas ocasiones sugieren la asistencia al centro de salud. En la entrevista que se llevó a cabo con un promotor de Sampantuari, éste se quejó repetidas veces de que cuando les indica a las personas asistir éstos no van, y que esperan a que la persona se ponga grave para hacerlo.

¿También sucede que la gente no quiera acudir al centro de salud y se trate de curar por su cuenta, incluso sin decirle nada a usted?

Si, pe’. Por ejemplo, allá ha habido, allá lejos no avisan nada, cuando ya están graves recién avisan y vamos al centro de salud... Por ejemplo, voy a visitar, les pregunto: “¿Qué te ha pasado? ¿Por qué no has ido a avisar?”, pero ellos me dicen que prefieren sanar así, no más, con baño de hierbas, porque, según ellos, no tienen plata para cubrir el costo. Yo les digo que se hagan curar, pero si es caso grave tienen que acudir.

En una reunión que se tuvo con un grupo de nativos comentaron que en algunas ocasiones realizan colectas entre los pobladores de la comunidad para apoyar económicamente a una familia que tiene un pariente grave y que necesita hacer gastos para tratarlo en el hospital o para trasladarlo a Ayacucho. Sin embargo, señalaron, ello sólo se hacía si la familia destacaba por ser muy colaboradora con la comunidad. No queda claro cuán frecuente puede ser esa actitud, ya que el seguimiento de otros casos que acabaron en muertes no se presentó dicha situación.

Aparte del factor económico, se ha detectado que existen fuertes quejas con respecto a la calidad de los servicios y el trabajo de su personal. Este descontento fue considerablemente mayor al que se encontró entre la población colona. Quién sabe si esta impresión tenga que ver con una mayor expresividad del poblador nativo o con una mayor capacidad de queja. Realizar una comparación entre la percepción nativa y colona con respecto a los establecimientos de salud y su personal sería muy arriesgado, pues se carece de datos que sólo se podría obtener con una estadía mucho mayor en ambos lugares. Sin embargo, no se quiere dejar de mencionar esta impresión general. El descontento es tal que al llegar a la zona para desarrollar el estudio, al principio hubo un rechazo muy grande. Las autoridades de la comunidad convocaron a una asamblea a la que asistieron muchos pobladores y pobladoras. Allí se explicó la naturaleza del estudio y su utilidad. Parcialmente se logró convencerlos -por lo menos a las autoridades y a parte de la población- pero se tuvo que soportar insultos de diversa índole. Es
curioso que las mujeres fueran las que más protestaban. En la siguiente cita un poblador, luego de señalar que la población no visita el centro, nos comenta lo que decían las mujeres que participaron en la reunión:

*Es por eso que la mayoría de señoras y señores no visitan el centro, nos dicen que nos quieren apoyar pero no sabemos si es verdad o no. En antes, las señoras que estaban aquí estaban hablando, eso es una mentira, cuántos años han venido aquí, también los del seguro social.*

Una opinión común es que cuando van al centro de salud los hacen esperar mucho. También se dice que en el centro de salud venden medicamentos malos o pasados y también hay quejas con respecto al trato y la calidad profesional de los trabajadores. Se tiene la idea de que el nativo no es respetado o comprendido.

En esta cita, el poblador habla de una ocasión en que fue a la posta y luego al curandero, y piensa que los trabajadores de la posta mataron a su sobrino, como también hicieron con su sobrina, que es otra historia que cuenta a continuación pero que ha citado:

*Sí, pero después se le ha calmado. Y de ahí poco a poco le llevé a la posta, le llevé al curandero y nada.*

*Sí fue, pe’, al curandero de las hierbas, yo creo que cuando la llevaron a la posta la hicieron matar, yo creo que si no hubiera ido estaría bien, ya que mi sobrino antes de ir allá estaba normal, pero mi hermano insistientemente lo llevó al centro de salud y lo hicieron matar. Igual fue en el caso de mi sobrina.*

Otro punto muy interesante es que los nativos prefieren ir al hospital de San Francisco que al centro de salud de Kimbiri, aduciendo que el primero es más completo en equipamiento, que tienen más personal -y por eso no los hacen esperar tanto- y que el trato y la atención son superiores. Ahora bien, por otra parte es curioso que también haya quejas de la población nativa porque suele suceder que cuando van a San Francisco no los quieren atender.

---

141 Éste es un rasgo interesante. La participación abierta de las mujeres nativas en las decisiones comunales fue muy destacada, mientras que en el caso de la población colona -al menos en las comunidades alejadas- se dijo que la mujer ni siquiera participaba en las reuniones comunales y que las decisiones eran tomadas por la población masculina.

142 Al respecto se nos mencionó varias veces que se prefieren medicamentos comprados fuera del establecimiento en las boticas o al promotor porque son de mejor calidad.
con la excusa de que ellos no pertenecen a la jurisdicción de San Francisco sino a Kimbiri. Los nativos consideran esta situación como un maltrato inexplicable. En el taller de validación, un promotor nativo tomó la palabra ante un público conformado por personal de salud, promotores y autoridades del valle. Allí mencionó esta situación, y posteriormente fue ovacionado por las palabras de protesta que usó, que reflejaban el sentir mayoritario de la audiencia:

_Otro, es el caso del personal de salud de San Francisco. No atiende a la comunidad de Kimbiri, esto, en distrito de Kimbiri que pertenece Cusco, caso de nuestra comunidad nativa, yo transfiero con hoja de transferencia en centro de salud o en hospital, que los pacientes vienen aquí, aquí en el hospital, con personal, felices de venir aquí, o sea, con transferencia, hoja de transferencia. (Y le dicen) “Esto no pertenece a Kimbiri”. Porque yo soy promotor, yo dije “¿Por qué no atiende en San Pancho? Porque somos peruanos, no somos chilenos” (aplausos del público)._

En otra cita un poblador describe que operaron mal a su pariente y que eso lo condujo a la muerte. Posteriormente (no lo hemos citado) agrega que le pusieron mal una inyección y eso lo agravó. Cabe destacar que, por los signos que describen del enfermo (en otra sección de la entrevista se hace una descripción más detallada de los signos), se trataría de un caso correspondiente al síndrome en estudio. Nótese que la persona sólo se acercó al establecimiento de salud cuando ya estaba muy grave, y que había permanecido un mes enfermo en su casa:

_¿Y de ahí se fueron al puesto de salud de Kimbiri?_

_¿Al cuánto tiempo fueron?_

_Despúes de un mes. Cuando estaba grave se fue a Kimbiri, pero lo operaron aquí porque ese doctor pensaba que había agua adentro… Como en Kimbiri cosen como sea, no lo cosieron bien, cosen aunque sea con una pita gruesa, y después cuando están durmiendo se deshace, esa pita se rompe, pe’._

_¿Se ha roto?_

_Sí, se rompió y le salía agua de la barriga, en una de esas falleció._

Posteriormente, en la misma entrevista, los comuneros narran los motivos que esgrimía la madre del muchacho para llevarlo tan tarde al centro de
salud. Se puede apreciar que los mismos comuneros están de acuerdo con la decisión de la señora:

Es que también su mamá decía "¿Qué tal si llevo a mi hijo a la posta e igual se muere, pe?". Hizo bien, porque también en otros casos se han muerto. Por ejemplo, a mi sobrino de cuatro años lo llevaron a la posta y le pusieron no sé qué cosa que al toque se murió.

En otro fragmento de otra entrevista se puede apreciar que unos pobladores consideran que son maltratados por ser nativos. En este fragmento también se aprecia que desconfían en la capacidad técnica del personal y que el centro de salud usa medicamentos que cumplieron hace tiempo su fecha de vencimiento y que son etiquetados nuevamente para disimular este hecho. También se aprecia que el grado de desconfianza es tal que incluso cuando los trabajadores de salud intentan acercarse de manera amigable diciéndoles que quieren conocer su cultura, no les creen.

No atienden bien. Además el doctor, cuando va a visitar al pueblo, nos dice que nos va a dar apoyo y después todo el medicamento se lo mandan a Kimbiri y a nosotros no nos dan ni una cajita. Hay medicamentos que pasan la fecha de vencimiento, hay unos del 87 y le cambian el letrero a vencimiento 2003.

¿Ustedes creen que ellos tratan peor al nativo que al colono?

Yo creo que sí, porque muchos de ellos no han ni terminado quinto de secundaria y no saben cómo curar un dolor de barriga, porque en los derechos humanos dicen: "Aunque una persona tiene otro idioma, otro dialecto, otra raza, somos peruanos, nos tienen que atender a todos de igual manera".... Así es pues, sólo porque nosotros somos nativos de distinta raza con los colonos, por eso es que a veces no les creemos.

Ellos cuando vienen dicen: "Yo quiero que me digas tus costumbres, qué costumbres tienen, díganme qué plantas utilizan". Nosotros llevamos la uña de gato a analizar a sus laboratorios y nos dicen que nos van a apoyar para el 2000 con medicamentos, y nada nos apoyan.

En otra cita que corresponde a la entrevista que se sostuvo con un promotor de Kimbiri se percibe que los nativos prefieren ir a San Francisco que a Kimbiri y se esgrimen algunas razones. Se habla de la desconfianza en el centro de salud e incluso se dice que tres niños habían muerto la semana pasada y no acudieron a los servicios de salud:

Mucha gente acá me ha dicho que no confían mucho en la atención del
servicio y que sin embargo en San Francisco es mejor. ¿Usted piensa que acá la gente piensa y habla así?

Sí, sabe cuál es, que aquí lo transfieren con hoja de transferencia y lo traen al centro de salud. Y se demoran como cinco u ocho horas estar sentados, por eso mejor la gente en vez de hoja se va al hospital de San Francisco, porque el promotor tiene que sellar con su sello para atender y ahí es al toque, por eso algunos están yendo al hospital de San Francisco. Acá al centro de Quimbiri poca gente va, sólo en el caso de graves, cuando ya están muriendo.

Sí, mucha desconfianza porque han muerto los que no han tenido plata para ir al hospital. Han muerto tres niños la semana pasada... Sí, han diagnosticado (los familiares) fiebre, tos, ya cuando han estado grave ya, lo que estaban hablando antes de daño así...de daño...Sí, hechicería es daño.

Otro punto interesante es que ciertos pobladores nativos parecen tener la impresión de que el hospital es un lugar al que se va para morir y, por tanto, tienen temor de internarse allí. Un fragmento de la entrevista al promotor nativo de Sampantuari muestra la historia de un ashaninka que aparentemente tenía los síntomas del SFIHA y probablemente fiebre amarilla, que escapó del hospital al día siguiente de haber sido conducido a regañadientes por el promotor de salud. En esa misma cita el promotor dice a la gente: “Yo los trato si tienen miedo de irse al hospital”, lo que parece indicar que la confianza que tienen con él es muy superior a la que le tienen al personal del centro de salud:

Sí, hay una fecha, en el mes de marzo, había venido de Mantaro, había venido a mi casa, yo le dije que estaba amarillo, que estaba amarillo todo el cuerpo, le dije que eso era fiebre amarilla. Entonces, ya, lo he llevado hasta el hospital, lo dejé un día, al día siguiente se escapó.

Sí, se escapó. A mí en el hospital me dijeron que tenía fiebre amarilla, me preguntaban dónde vivía, yo les decía que adentro (a alguna comunidad o pago más metido en la selva).

Sí, del Mantaro. Un día no más estuvo acá, en mi casa y al toque se fue.

Dice que de repente puede morir ahí... así es, pe': Cuando alguno de nosotros está grave dicen que no quieren ir al hospital porque ahí van a morir.

Nada. Yo les digo a la gente que yo acá los trato, pero si tienen miedo de
llevarlo al hospital, mejor cuando estén un poco mal tienen que acercarse donde el doctor para que los diagnostique y que los atienda para no estar graves nunca y no internarse en el hospital.

Otro dato sumamente importante es el rechazo de la población nativa a las autopsias. Diversas entrevistas permiten sospechar que este fenómeno acrecienta mucho el rechazo de la población hacia los servicios de salud.

Deben atender bien, y también acá cuando fallecen en el centro de salud no deben permitir autopsiar al paciente.. No nos gusta, pe’. porque tienen que enterrarlo tal como es...(promotor de Sampantuari)

4.2. La comunidad nativa de Monte Carmelo (Cusco)

Monte Carmelo es una comunidad de trescientas personas, perteneciente al grupo étnico machiguenga. Está legalmente constituida y tiene tierras reconocidas por el Estado. Se encuentra al borde de la carretera que va hacia un pueblo grande mestizo, Ivochote, y está muy cerca de él. Caminando -que es la única manera en que los comuneros de Monte Carmelo se movilizan- se llega a Ivochote en media hora. También está muy cerca de un caserío colono ubicado al borde de la carretera, pero pasando un río. Está al frente de Monte Carmelo y se accede allí en un par de minutos. Algunos nativos viven dentro de la comunidad colona.

La cercanía de más de cincuenta años con las poblaciones mestizas no es el único factor que determina una mayor influencia de la civilización occidental: Monte Carmelo tiene relación con los dominicos desde hace varios siglos y no ha dejado de tener contacto con el mundo externo. Por otro lado, se nos contó la historia de un cauchero brasileño -Pereira- que centralizó a diversas comunidades machiguengas: entre 1920 y 1930 formó una especie de confederación, se integró a la vida machiguenga y dejó varios descendientes, porque se cuenta que tuvo alrededor de veinte mujeres. En la comunidad hay escuela143. La profesora es hija de Pereira y se percibe que tiene poder sobre la gente.

Es una comunidad muy dispersa. Está compuesta por casas que están separadas por un mínimo de doscientos metros, e incluso algunas distan

143 La población mostró tener un buen conocimiento del castellano pero ninguno del quechua.
algunos kilómetros. Generalmente en una casa vive una familia extensa compuesta por el tronco familiar, los abuelos y las hijas de este matrimonio con sus esposos e hijos. Las casas se construyen con columnas de madera aserrada (producción industrial) pero a la manera nativa. El primer piso está a más de dos metros del nivel de la tierra\textsuperscript{144}. El piso y las paredes son de pona, y el techo a dos aguas es de hojas de palmera.

La comunidad no tiene electricidad ni televisión. La población siembra cultivos comerciales como el cacao y frutas pero en menor escala. Gran proporción de la agricultura está destinada al autoconsumo, lo que la diferencia de los pueblos mestizos de los alrededores, cuya producción agrícola es mayoritariamente comercial.

Se dice que la comunidad mestiza que está al frente de Monte Carmelo es un gran centro de acopio de pasta básica de cocaína. En la comunidad nativa no se ven plantaciones de coca, pero en los alrededores esta planta se ve con frecuencia.

\textit{Nosología popular}

Al mencionar los signos del SFIHA, la población mencionó los nombres “paludismo” y “bartonelosis”. No se encontraron nombres nativos ni mestizos de enfermedades de origen sobrenatural u otro origen popular sin conexión biomédica. Los nativos afirmaron haber oído hablar de la hepatitis y la fiebre amarilla, pero no conocían esas enfermedades y nadie las había padecido.

Al parecer el paludismo es muy conocido desde hace mucho tiempo y se identifica con los escalofríos y la fiebre discontinua.

\textit{A mi hermano le agarró malaria. Fiebre, digamos a estas horas le agarraba tembladera, al día siguiente a esta misma hora le agarraba también. Y al día siguiente a esa hora. Se para entonces otra vuelta, así normal va a trabajar, cuando avanza ya (poblador nativo).}

En el siguiente párrafo se puede apreciar que hace tiempo, antes de que llegue la posta (hace más de treinta años), conocían la enfermedad:

\footnote{\textsuperscript{144} Sobre la tierra se ubican la cocina y el comedor pero no la habitación.}
Siempre se han enfermado de ese mal porque abundaba en el abajo, Bajo Pongo. Cuando se ha enfermado de malaria, llegaba cuando no había todavía puesto de salud aquí cerca, cuando venían a DDTizar las casas, sacaban la gota gruesa y llevaban a Quillabamba y si salía positivo nos mandaban pastillitas.

La gente relaciona directamente esta enfermedad con la presencia de cierto tipo de zancudos a los que llama “anofelinos”. Se piensa que proviene del Bajo Pongo –es decir, de la zona cercana a Camisea-, que es selva baja. Otro poblador nos dijo: “Bueno, creo que la malaria ha venido de abajo\textsuperscript{145}, a veces se alojan por ahí, entonces, ya por ahí creció el zancudo”.

Las personas reconocen que la malaria también puede existir sin la presencia de síntomas relevantes. Es decir, puede existir la enfermedad sin que la persona se dé cuenta.

La población también menciona que el color amarillento aparece en niños con malaria a causa de los medicamentos. Un poblador nos dijo: “[En niños] casi igual no, amarillos se ponen, el medicamento es fuerte”.

Además, en ocasiones la malaria puede ser confundida con la bartonelosis, que es llamada simplemente “bartonela” por la población. Sobre la bartonelosis, la gente sabe que puede estar con esa enfermedad y no percibir los síntomas, como ocurre con la malaria. Nos parece claro que la gente sabe de esto porque los servicios de salud han realizado “barridos” de exámenes de gota gruesa a toda la población nativa y en esas oportunidades han comprobado que muchos estaban con esas enfermedades pero no se habían enterado. Retrospectivamente, la gente manifiesta cosas como: “Me dolía la cabeza, parecía normal”, para expresar que los síntomas que sentían no eran considerados lo suficientemente alarmantes como para buscar ayuda. Sólo motivaban algunos tratamientos caseros que veremos más adelante. Los síntomas mencionados, aparte del dolor de cabeza, son los dolores musculares y el cansancio:

\textit{Cansancio, poco nomás, por momentos me dolía mi cabeza, dolores musculares por todo mi cuerpo. Parecía que mis huesos estaban cansados.}

Es curioso que la población piense que la bartonelosis fue traída hace un tiempo por una persona que vino de Quillabamba:

\textit{[Bartonelosis] de Quillabamba ha traído. O sea, un enfermo de aquí se ha

\textsuperscript{145} Se refieren al Bajo Pongo.
ido a Quillabamba, entonces, creo que ese mal lo ha traído. ¿A dónde lo habrán contagiado?

Otra persona menciona lo mismo. Es interesante que se refiera la existencia de una casa comunal machiguenga en Quillabamba en la que se alojan los nativos cuando están de paso o tienen que permanecer en esa ciudad:

Tenemos una casa nativa en Quillabamba, ahí nos alojamos de diferentes sitios de comunidades. Ahí de repente ha podido contraer ese mal, y cuando ha venido ha nosotros ha contagiado.

La población también percibe que el propio personal de salud puede confundir la bartonelosis con la malaria. El siguiente relato es sobre el hermano de uno de los entrevistados. Se menciona que durante un tiempo la persona sólo sentía dolor de cabeza y que le parecía casi normal, por lo que no motivó ninguna reacción. Ésta recién vino cuando empezó a sentir más malestares y se fue a Quillabamba. Allí le detectaron bartonelosis, lo que generó un “barrido” de exámenes en Monte Carmelo del cual salieron más de veinte casos positivos. Es curioso que se mencione que las enfermeras del puesto de Ivochote pensaban que la persona tenía malaria:

Se sentía dolor de cabeza, normal era, como no era tan fuerte. Mi hermano mayor se había sentido un poco mal; ha ido a Quillabamba. Se ha hecho sacar análisis de sangre, de ahí que le ha salido positivo de bartonelosis y pensaban que era paludismo, las enfermeras del puesto de salud.

En otra entrevista se aprecia que la gente no percibía mayor gravedad:

No era fuerte los dolores y como si nada lo pasábamos, pues, incluso a mi hijita no sentía nada sino que le dolía la cabeza así, pero cuando sacó la gota gruesa, a varios salió. Incluso a mi señora decía que no tenía bartonelosis cuando tenía; solamente que le dolía la cabeza no más. Ni siquiera se había dado cuenta.

Otra cita sobre otra persona que tuvo resultados positivos de bartonelosis:

Nada, nada sentía él, nada, por eso pensábamos que no tenía. Pero como él, hemos hecho sacar a toditos, entonces ha salido positivo a mi chico.

Otra cita de un caso que incluso no se quería hacer sacar la gota gruesa, lo que demuestra la poca preocupación que revestían estos síntomas:

Dolor de cabeza momentáneos, no más, en el trabajo hay veces tenemos dolores musculares, era lo que pensaba él. No quería hacerse sacar la
gota gruesa, pero cuando le sacaron sale, pues, que tenía.

Algunos pobladores también mencionaron el color amarillento para la bartonelosis. Nótese que ese signo tampoco se consideraba de gravedad, porque como sabemos el único caso que generó una búsqueda de ayuda fue el mencionado anteriormente. El entrevistado afirma que el afectado (su pariente) no le dijo nada porque aparentemente no se sentía tan mal:

[Bartonelosis] un poco amarillento más bien, dolor de cabeza, no me dijo nada, poco amarillento.

Otro poblador mencionó los síntomas de la bartonelosis de la siguiente manera:

Con el cansancio, un poco triste se siente, medio amarillento se pone.
Tiene fiebre, escalofríos, dolores en todo el cuerpo.

Itinerario terapéutico.

Se percibe que la población tiene conocimiento de algunas hierbas y se automedica, pero sólo con remedios occidentales simples, y cuando siente mayor malestar acude a los establecimientos de salud. Si bien se asiste a éstos últimos en estados más avanzados de la enfermedad, normalmente no es demasiado tarde. Por ejemplo, no hemos detectado casos de muerte producidos por este problema. La situación que se percibe en la comunidad nativa es distinta a la que se encontró en la comunidad de Sampantuari, en Kimbiri, pues la asistencia a los establecimientos de salud es mayor y más rápida. No podemos afirmar que la menor “nativización” de la población de Monte Carmelo en comparación con la de Sampantuari\textsuperscript{146} sea la que explica esta situación, porque hay muchos factores que deberían ser estudiados y que pueden entrar en juego.

Por otro lado, tenemos la impresión de que los casos de paludismo y bartonelosis se consideran enfermedades producidas por exceso de calor, pues en los tratamientos caseros se usan hierbas consideradas frescas.

\textsuperscript{146} Podríamos pensar que los nativos de Sampantuari están menos occidentalizados y más apegados a sus costumbres médicas porque ahí encontramos un rico material sobre estos aspectos, mientras que en Monte Carmelo no. Esto lo hemos llamando una mayor nativización.
Cabe señalar que, si bien los casos de bartonelosis mencionados no generaron búsqueda de ayuda profesional, sí motivaron tratamientos caseros.

Asimismo, cuando se detectan síntomas de paludismo se usan tratamientos caseros similares a los que se emplearon en casos que más adelante se diagnosticaron como bartonelosis: es decir, hierbas frescas. Las hierbas más mencionadas fueron la rata-rata y la yanahuica. La infusión de cualquiera de estas hierbas se puede tomar o usarse para remojar la cabeza. Cuando las personas reciben tratamiento farmacológico para esas enfermedades no dejan de usar las hierbas. Es decir, no perciben incompatibilidad en el uso simultáneo de ambos sistemas de tratamiento. A continuación citaremos algunos fragmentos de entrevista que confirman lo mencionado:

*Hay plantas, pe’, cuando antes cuando no había medicamentos, hay plantas medicinales, con eso trataba de curar. Eran frescas, la rata-rata, la yanahuica. Se prepara en agua, se exprime en agua, se apachurra y se toma el líquido o se remoja en la cabeza.*

La población emplea algunos productos farmacéuticos para malestares simples y los combina con terapias de hierbas. Varias personas que mencionaron las hierbas dijeron que para el dolor de cabeza habían usado simultáneamente aspirina, antalgina o mejoral. En el siguiente fragmento se aprecia el uso simultáneo de aspirina y rata-rata y se indican las propiedades de la hierba:

*Toman aspirina para el dolor de cabeza, y la rata-rata, que es hierba fresca para el líquido perdido y para aumentar la resistencia a la enfermedad.*

En segunda instancia -luego de tratamientos caseros fallidos- la gente va a los establecimientos de salud. Un comunero nos indica donde se compran estos productos farmacéuticos, en el puente que está en el río:

*Antalgina, mejoral, aspirina, para el dolor de cabeza, en el puente, privado venden, cuando a uno le duele la cabeza, si no es de gravedad. Cuando es más de gravedad vamos a la posta.*

El botiquín del pueblo no tiene productos más específicos, según exlican casi todos los entrevistados.

*Tiene sólo algo para el dolor de cabeza... Sí, hay también para diarrea, para gripe, traen de Quillabamba.*
Si bien la gente puede acudir a los establecimientos de salud, en algunas ocasiones puede suceder que no tenga dinero y que se abstenga de los posibles tratamientos brindados por el servicio. La siguiente cita muestra un caso en el que la persona acude al establecimiento de salud, pero como no puede pagar los medicamentos, simplemente recurre a las hierbas y se cura. Aunque el problema de salud mencionado no es materia de este estudio -se trata de un caso de uta- el ejemplo no deja de ser significativo, porque indica una actitud con respecto al itinerario terapéutico y el uso de los servicios que no tiene porque ser específica de un tipo de enfermedad. La persona se refiere al proceso completo de la siguiente manera:

También me ha dado uta, he ido a Kiteni para sacar análisis y ha salido positivo, pero el tratamiento no llega (muy caro). Era una herida pequeña de ahí avanzaba poco a poco, poco a poco. Trataba de curar con cualquier hierba, como se llamaba. Ahora lo que me ha sanado es un arbusto, lo he cocinado así y se ha hecho espeso, de ahí lo pasaba alrededor, entonces poco a poco se ha cerrado.

Por último, la población suele hacer intentos diversos y superpuestos de resolución de sus problemas de salud, con tratamiento casero, con la asistencia al establecimiento de salud y el retorno a veces al tratamiento casero.

Primer paso: muestra la utilización del machiqui, una hierba que no le dio resultados

Machiqui, también le he sacado la corteza igualito, le he concentrado, le he pasado, pero no le ha dado. También dos semanas así le he pasado, pero no le cerraba, seguía avanzando, seguía avanzando.

Segundo paso: asistencia a los servicios y evidencia de tratamiento muy caro para el poblador

Pero en Kiteni me sacaron análisis y me ha salido positivo... Para la curación puesta no es gratuito, creo que cada ampolla es 40 o 50 soles, y de acuerdo al peso, recién me iban a dar la cantidad, de acuerdo al peso y también de acuerdo a la herida. De ahí, como no tenía plata, ya no fui más, de ahí he tenido que recurrir a ese arbusto.

Tercer paso: uso de la meshia, un arbusto que sí lo llegó a curar

Me hecho tratar solo sin ningún medicamento. La corteza de meshia lo he chancado así, entonces lo he cocinado, lo he hecho hervir. Se pone espeso como miel, lo he pasado cada noche, habré pasado más o menos dos
semanas por ahí. De dos semanas ya estaba mejorado, pero en todo lo que ha sanado ya un mes, un poquito más. Todos los días a la hora de descansar le daba una lavada, entonces ahí le pasaba cada noche y cerró.
Capítulo 5

Los “otros” y “nosotros”: percepciones mutuas de pobladores y proveedores de servicios

Las relaciones entre pobladores y proveedores de servicios en los dos valles selváticos son un entramado de sospechas. Una suerte de “dilema del prisionero” masivo, en que todos actúan sobre “los otros” bajo supuestos imaginarios. El poblador cree que la enfermera se ha equivocado en el diagnóstico porque ésta no se lo comunica ni explica, y ésta piensa que está de más informársele porque no lo va a entender. El personal de salud piensa que las tarifas son parte de la educación del poblador, pero sus “educandos” perciben que el costo de la lección es demasiado caro y, sin manifestarlo, no van más a los servicios. Las relaciones son simétricas: la población acepta la existencia de un centro de salud en su localidad y ve con agrado las acciones preventivas, pero tiene una trayectoria de sinsabores que ha dejado huella; por su parte los proveedores no terminan por aceptar y entender a sus poblaciones: desearían pacientes a su imagen y semejanza. Sin embargo no se comunican entre ambos, salvo contadas excepciones. Todos actúan creyendo que los otros creen lo que ellos creen que ellos creen.

5.1. Percepciones de la población con respecto a los servicios y el personal de salud

El objetivo de esta sección es describir y analizar las percepciones de los pobladores con relación a los establecimientos y el personal de salud, a partir de las 85 entrevistas realizadas y, en particular, de las 43 que corresponden a los pobladores. Para ordenar mejor la información recogida y facilitar la lectura de los resultados, se ha dividido este punto en dos partes. La primera trata de la percepción de los pobladores sobre las actitudes del personal de salud, y la segunda de los recursos e insumos que, según la población, afectan la calidad de los servicios, incluyendo algunos elementos valorativos sobre precios hechos por los mismos pobladores.
Percepciones de la población sobre las actitudes del personal

Los comentarios de la población sobre la atención en los puestos de salud son variados. En las entrevistas hay testimonios de diferentes tonalidades, desde la aceptación hasta el rechazo total, pasando por la indiferencia o, más bien, el desconocimiento. Como se verá más adelante, en los entrevistados en el valle del río Apurímac y en La Convención han prevalecido la aceptación y el desconocimiento. Sin embargo, las técnicas cualitativas no tienen el mismo propósito de las encuestas y no buscan dar una aproximación cuantitativa de las opiniones existentes; más bien profundizan en percepciones y actitudes que no suelen encuadrarse en categorías dicotómicas o rígidas.

Alguna gente prefiere dar respuestas cortantes o evasivas, lo que sugiere un desconocimiento de los servicios o cierto temor a explayarse sobre un tema del que consideran delicado hablar. Por eso, frecuentemente se encuentran comentarios de aparente indiferencia o falta de confianza en el entrevistador.

*Sí, es buena en cuanto a la atención, cuando viene el paciente ellos se preocupan de atender... por el paciente* (poblador de la red periférica del valle del río Apurímac).

*Dicen, pero no sé si será cierto eso. Nunca a mí me han negado, nunca me ha pasado, yo no puedo decir nada ya. Otras personas sí lo dicen, que no atienden bien, se aburren, hasta nos gritan, al final cuando insistimos nos dicen "no hay este medicamento". No sé si será cierto, los personales sabrán y eso es lo que he escuchado, pero en mi caso no ha pasado así* (poblador de la red periférica de La Convención).

*Bien, no más, no comentan, no he escuchado, de repente alguien habla, no sé pues, pero para qué voy a mentir* (paciente de la periferia del río Apurímac).

Algunos testimonios presentan opiniones matizadas, donde los puntos positivos y los negativos coexisten y así son expresados, remarcando las diferencias de comportamiento y los estilos del personal:

*De esa manera nunca. Pero el centro de salud no nos han querido atender*
...nos explicaban...los escuchaban?...R: A veces, muchas veces no, algunas enfermeras hay veces son aburridas, molestas, son un poco egoístas también a veces. En caso del Seguro Escolar así, no les atienden bien, les dan una medicina y unas cuantas pastillas. Ahora, pues, tenemos que llevar a Quillabamba. A veces nos dicen, pe', también, hasta acá es de cinco soles no más, pero el niño necesita; acá normal.

Tienen diferente carácter... unas son aburridas, otras buenas...

(poblador del valle de La Convención).

Por lo que se ve, las opiniones sobre el personal de salud son de lo más variadas: hay opiniones buenas, regulares y malas. Estas opiniones ciertamente dependen del grado de confianza que el usuario tenga no sólo con el servicio sino sobre todo con el personal. Pero la crítica al personal suele originarse cuando el personal no explica a la gente las enfermedades y sus decisiones, no conversa sobre sus procedimientos:

... a veces ya pierden interés (la gente). No quieren venir y otra cosa es porque... el responsable de salud no toma interés... La enfermera... Cualquier cosa hace... de frente lo hace...por ejemplo, tú que estás con paludismo vienen ¿no? Entonces es infección, así como así, casi no calcula, no sé cómo calcula, Pero uno viene con fiebre, con tos, es infección decimos... No, no... son tratamientos como para infección, incluso una obstrucción en los bronquios, ¿no?

... Sí, sí, muchas equivocaciones tiene. En cambio, la señora Teresa hacía bien, pues sabe la situación del pueblo... que ha sido de Teresa casi de tiempo y, además, sabe qué tipos de enfermedades existen por acá, cualquier más o menos cautela, ella sabe dar justificación. Pero el resto no lo hace. Por eso, ya la gente no quiere venir a la posta... no quieren acudir, yo también no... por esa razón, otras gentes, sabes, ya no quieren venir, ni van a la farmacia (curandero del valle del río Apurímac).

Otros testimonios diferencian otros aspectos de los servicios, además de las actitudes del personal. Las diferentes “evaluaciones” de la atención incluyen, por ejemplo, la competencia profesional del personal. Como hemos visto, a veces la población percibe que el personal de salud “no sabe”.

Entrevistador: Pregúntale si los puestos de salud trabajan bien o son
limitados.

Traductor: Tío, ¿para ti los que trabajan en la posta trabajan bien o mal?

...Algunos trabajan bien, otros no. Algunas cosas saben, otras no saben (curandero del valle del río Apurímac)

La falta de coordinación con las autoridades locales también se convierte en una queja de algunos pobladores que se sienten marginados en su vocación participativa y que consideran esa actitud como un desplante.

*Bueno, mediante el centro de salud muchas veces la comunidad hemos invitado un oficio, pero nunca han venido... Tenemos nuestro local comunal, pero hemos invitado para que nos explique y no han venido. Le hemos rogado así... Y eso que son cerquitas, ahicito, y no, no vienen. No quieren venir...:* Invitamos para que nos den orientaciones por estas epidemias que hay, así que no... (poblador del valle de La Convención).

Son muy comunes las quejas por maltratos o por indiferencia del personal. En realidad casi siempre van asociadas la percepción de maltrato con la inseguridad sobre el diagnóstico hecho por el personal de salud. La actitud general de la población depende mucho de la exactitud o no del diagnóstico. El poblador teme las equivocaciones, y entra en suposiciones a partir de que no se le dice nada. En algunos casos se puede percibir, por tanto, que el personal de salud no despeja las dudas de los pacientes con respecto a qué enfermedad se tiene y su tratamiento.

*Sí, bien, un rato no más estábamos...En ese rato no atendían, después le pusieron suero y le dejaron para irse a jugar fútbol... El suero le pusieron rapidito... el suero es malo...Porque cuando le pusieron el suero a mi esposo, ha fallecido (pariente de enfermo del valle del río Apurímac).*

La desconfianza sobre la idoneidad profesional del personal manifestada en diferentes entrevistas tiene dos componentes: la evaluación del poblador sobre los niveles de conocimiento, práctica y experiencia del personal, y su evaluación sobre la práctica y el cuidado en la atención de los pobladores. La distancia se acrecienta cuando no hay un buen trato con el poblador, en particular cuando no se incluye la explicación de los alcances de un tipo determinado de medicación. Además, la evaluación se torna más problemática si el tratamiento
es más sofisticado y supone mayor riesgo -como en el caso de las cirugías- y si se considera que el profesional encargado no tiene experiencia, “recién está aprendiendo”.

_Cuando estaba grave se fue a Kimbiri, pero lo operaron aquí porque ese doctor pensaba que había agua adentro. Como en Kimbiri cosen como sea, no lo cosieron bien. Cosen aunque sea con una pita gruesa y después, cuando están durmiendo, se deshace, esa pita se rompe_ (poblador del valle del río Apurímac).

Una de las quejas y comentarios más extendidos en los diferentes actores entrevistados se refiere al cambio constante del personal que trabaja en las zonas alejadas. Estos comentarios fueron sistemáticos, tanto en el valle del río Apurímac como en La Convención.

... es eventual, tienen contrato, viajan. Bueno, mientras acuden al promotor, como ni siquiera hay medicina para darles. ¡Eso es la pura verdad! (promotor del valle del río Apurímac).

La explicación de esta alta rotación la da una enfermera del hospital de Quillabamba, quien afirma que muchos de estos profesionales no se acostumbran y renuncian con mucha facilidad cuando están en un puesto alejado.

_En los puestos, nuestro mayor problema es que el personal no se acostumbra. Tenemos renuncias frecuentes, porque el personal también vive un poco atemorizado por el perfil epidemiológico que observamos en relación a las enfermedades metaxénicas_ (enfermera de La Convención, Quillabamba).

Aunque no haya sido un comentario demasiado extendido, las quejas por la ausencia del personal de salud en las postas se ha hecho notar en más de un comentario. Aquí el de dos entrevistados del valle del río Apurímac:

_A veces no están en Santa Rosa porque van a capacitación, o a veces no hay. En capacitación se ausentan dos o tres días, a veces más, porque viajan a Ayacucho_ (pariente de enfermo en la periferia del valle del río Apurímac).

R: _Ese ratito no estaba. Este.. No hay nadie... primer día estaban y se fueron a Huanta, mientras se ha agravado, este... , no, no estaba_ (poblador del valle del río Apurímac).
La demora en la atención es un tópico que tiene muchos testimonios. Es considerada por la población como un elemento negativo, si bien algunos muestran cierta tolerancia cuando es justificada, “cuando hay mucha gente”. Sin embargo, el asunto es más grave cuando los pacientes vienen de más lejos. Las dificultades de desplazamiento de la población en zona rural agravan este problema. Por último, hay un sector para el cual las demoras no se justifican y se consideran como un maltrato.

La hemos traído acá a la posta y estaba ocupado, o sea que de acá a la posta no estaban atendiendo, no. Por ese motivo se ha regresado a la casa y le hemos dado matices frescos, con eso se ha calmado y enseguida le he vuelto al [centro de salud], la he llevado en la mañana y ha salido positivo (poblador del valle de La Convención).

Sí, cuando hay mucha gente se demoran solamente un rato pero cuando no hay gente nos atienden rápido (pariente de enfermo en el valle del río Apurímac, periferia).

También se cansan de esperar. Hasta conmigo ha pasado, hay veces. Como nosotros somos de la chacra, trabajamos marido y mujer en la chacra. Entonces en las mañanas hay veces no tenemos tiempo, a las cuatro, a esas horas, venimos acá al hospital. Hay veces nosotros como nos planificamos, nos ponemos ampolla, tarde llegamos y en las tardes no hay atención, o hay veces en las mañanas venimos a las ocho o nueve vengo, tengo que esperar hasta que terminen de pasar revisión médica, entonces hasta eso uno se cansa hay veces y todavía no se atiende, no sólo a mí, esto pasa aquí con todas las pacientes que vienen, entonces mayormente por ahí es lo que no quieren venir acá (promotor del valle del río Apurímac).

Sí, se llevan bien, pero cómo le digo, ¿no? Cuando hay hartos pacientes y hasta el médico rápido tiene que recetar, ¿no?, no da de repente una muy buena atención, ¿no?, por lo que ya referí (promotor y boticario de la periferia del valle del río Apurímac).

Por la demora en la atención en los puestos de salud, los usuarios van a los boticarios y éstos les recetan medicamentos rápidamente.

No atienden rápido, y en la botica me atienden rápido, me toman presión. En el centro de salud nos hace esperar y a veces nos cita para la tarde y a
veces ya no vuelvo, porque es lejos (pariente de enfermo en el río Apurímac).

Dos horas, tres horas, a veces, cinco, porque les dicen que regresen en la tarde sacando en la mañana. O al día siguiente (promotor de salud)

Lo que nos dicen es que hacen esperar y hasta eso el niño está mal. Hasta eso antes que salga el esto le hacen tomar remedios, ahora mayormente como no lo atienden rápido se automedican, mejor dicho se toman pastillas.

Nada más por eso dicen, por ejemplo... ellos no saben, no tienen tiempo, bueno... mayormente por la espera, para que el niño no se agrave, nada más en tomar paracetamol, pastillas que pueda calmar (promotores del valle del río Apurímac).

Por diferentes razones, los pobladores tienden a ir a centros de mayor jerarquía y dejan de ir al establecimiento de su localidad. Para esto también toman en cuenta las dificultades de transporte y las demoras previsibles en los establecimientos. A veces esta decisión la toman por recomendación de los promotores de salud, que refieren a los pacientes a otro nivel de atención.

En el valle hay puesto de salud, hay centro de salud y hospital. Porque los pacientes pueden llegar graves hasta viajar tres, cuatro horas. Ejemplo, cuando hay fiebre alta, le dicen “Espera ahí no más un rato”, porque ya tienen muy alta fiebre y pueden convulsionar. Por eso los promotores dan transferencia a hospital o centros de salud y puesto de salud. Eso nosotros vemos, los trabajadores de salud deben atender a sus pacientes cuando están graves (promotor del valle del río Apurímac).

Por otro lado, hay un interés evidente de la población por capacitarse, por aprender a cuidarse. Los testimonios más frecuentes sobre este interés los hemos encontrado en La Convención.

Distribuir, pues, este aprendizaje. Cuidarse... que nos orienten así (poblador de la periferia de la red de La Convención).

Otros entrevistados relatan con mayor detalle la actitud del personal de salud vista por los pobladores en cuanto a su vocación y métodos de trasmisión de conocimientos.

Mayormente son callados, como casi no tendrán conocimiento, será así.
Escuchan, no más, y todos están de acuerdo. La señorita o el señor preguntan: ’¿Está bien, está bien o en algo nos equivocamos?’. ’Sí, está bien’ (poblador de red periférica de La Convención).

En el caso de la población nativa hemos encontrado más testimonios que, en algunos casos, revelarían la existencia de discriminación étnica. Esto produce un sentimiento de exclusión de estos pobladores con respecto a los servicios de salud.

Yo creo que sí, porque muchos de ellos no han ni terminado quinto de secundaria y no saben cómo curar un dolor de barriga, porque en los derechos humanos dicen: ’Aunque una persona tiene otro idioma, otro dialecto, otra raza, somos peruanos, nos tienen que atender a todos de igual manera’... Así es, pues, sólo porque nosotros somos nativos de distinta raza con los colonos, por eso es que a veces no les creemos.

Ellos cuando vienen dicen: ’Yo quiero que me digas tus costumbres, qué costumbres tienen, díganme qué plantas utilizan’. Nosotros llevamos la uña de gato a analizar a sus laboratorios y nos dicen que nos van a apoyar para el 2000 con medicamentos, y nada nos apoyan (poblador asháninca del río Apurímac).

En el siguiente testimonio, un nativo, promotor de salud, reitera la afirmación del testimonio anterior sobre la discriminación a la población nativa, agregando que ellos no eran atendidos por los centros de la ribera izquierda del Apurímac perteneciente a Ayacucho porque ellos, los de la ribera derecha, pertenecen al departamento del Cusco.

Otro, en caso del personal de salud y de San Francisco no atienden a la comunidad de Kimbiri. Esto, el distrito Kimbiri, que pertenece a Cusco, caso de nuestra comunidad nativa. Yo transfiero con hoja de transferencia al centro de salud o hospital, que los pacientes vienen aquí. En Kimbiri, aquí en el hospital, con personal felices, venir aquí, o sea transferencia, hoja de transferencia, todo pertenece de Kimbiri a Ambar en esta, porque yo soy promotor, yo dije por que no atiende en San Pancho, porque somos peruanos, no somos chilenos yo digo (promotor nativo del río Apurímac)
Percepciones de la población sobre la disponibilidad de recursos de los establecimientos y los precios de la atención

El hecho de que la gente participe aunque sea mínimamente en los pagos por los servicios de salud es apreciado por algunos miembros del personal de salud como una acción educativa. Estos pagos, conforme a esta versión, buscan hacer partícipes a los pobladores de su propia salud.

La consulta, en realidad, es una consulta del establecimiento y tiene que mantenerse de alguna manera, y a veces el costo por una consulta es mínimo y nosotros tratamos de brindarle la mejor atención y cobrándole también lo mínimo para que ellos también sientan responsabilidad. El paciente tiene que sentir responsabilidad de que va a ir a un establecimiento y está dando un aporte para ser atendido bien, y el personal de salud está también en la obligación de darle ese beneficio. Y las personas que no pueden pagar, también tienen derecho de decir, "¿Sabes? No puedo pagarlo porque tengo tales cargas, tales cosas". Y también el personal de salud está en la obligación de decirle: "Bueno, si no puedes pagar te exoneramos del pago, no hay ningún problema". Pero a personas que pueden pagar, es lo mínimo, un sol, 50 centavos. Al menos sirve para mejorar también el puesto, para mejorar las limitaciones que tenemos. Sin embargo, siempre cuando hay dinero de por medio, siempre se deterioran las relaciones (médico del valle del río Apurímac).

La idea de que la gente pague para que valore el servicio y contribuya mínimamente con él, al parecer no ha sido explicada adecuadamente a la población. En este caso se percibe un problema de comunicación entre quienes, desde los servicios de salud, sostienen esta tesis, y la población, que más bien tiende a alejarse de los servicios por el temor al pago y al costo total de la atención. La población de ambos valles es muy pobre y cualquier tarifa la afecta. Un médico de la periferia nos comentaba en Quillabamba que la asistencia a su posta estaba en relación directa con los precios del café, principal cultivo en la zona. Actualmente el quintal de café está apenas a 40
soles y la población tiende a abstenerse de ir a la posta. 

_Otros, cuando no tienen dinero, no quieren venir..._ Dice que le cobran. A mí me han dicho que cuando se asegura no se cobra, ¿no?, pero una mamá vino con su primer bebé, se enfermó en la chacra, según yo le conté, vino pero le habían cobrado. La pobre no tenía plata, como su esposo le había dejado, estaba lamentándose porque yo había dado consejo que venga al hospital. Me ha hecho llamar con su padrastro y yo vine y reclamé que no pague nada (promotor del valle del río Apurímac).

En muchos casos el temor al gasto parece ser mayor que cualquier descontento que pudiera haber con el trato del personal o, en general, con la calidad de los servicios.

_También me ha dado uta. He ido a Kiteni para sacar análisis y ha salido positivo, pero el tratamiento no llega. Era una herida pequeña, de ahí avanzaba poco a poco. Trataba de curar con cualquier hierba, como se llama. Ahora lo que me ha sanado es un arbusto, lo he cocinado así y se ha hecho espeso, de ahí lo pasaba alrededor, entonces poco a poco se ha cerrado. Para la curación cuesta, no es gratuito, creo que cada ampolleta es cuarenta o cincuenta soles, y de acuerdo al peso, recién me iban a dar la cantidad de acuerdo al peso, y también de acuerdo a la herida. De ahí, como no tenía plata, ya no fui más, de ahí he tenido que recurrir a ese arbusto (nativo machiguenga del ámbito del puesto de salud Ivochote)._

El tema de los pagos reales, posibles o imaginarios -que, junto con las dudas de la población sobre las capacidades desarrolladas por el personal, dificultan la utilización de los servicios de salud esta vinculado con el problema de la escasez de medicamentos.

_Medicinas para hepatitis, Laboratorio también._
Te pelotean... A veces pasan así. Entonces a dónde puedo yo ir, centro de salud, si igualito no tienen medicamentos, así es lo que decían.

También hay desconfianza por los fármacos que usan las postas y centros de salud.

A veces dicen ellos, ¿no?, o dicen que no, que de repente son medicamentos pasados, qué sé yo, que son un poco regalos y venden eso, ¿no? Piensan, a veces, que tiene menor efecto, como lo que compran en una farmacia de cualquier lugar (poblador del río Apurímac, periferia).

No atienden bien. Además, el doctor cuando va a visitar al pueblo nos dice que nos va a dar apoyo y después todo el medicamento se lo mandan a Kimbiri y a nosotros no nos dan ni una cajita. Hay medicamentos que pasan la fecha de vencimiento, hay unos del 97 y le cambian el letrero a vencimiento 2003 (poblador de la periferia del río Apurímac).

Sin embargo, la población que acude a los servicios sí percibe lo que se cobra o lo que no se cobra:

En la botica es menos, pero cuando dan tratamiento para el paludismo es gratis.

A veces se acaba, cuando se acaba para inyección o pastillas nos dicen para comprar afuera porque se acaba (pobladora del valle del río Apurímac).

La importancia del primer contacto con los servicios

Ciertamente, las actitudes de los pacientes diferirán según el resultado del primer contacto con el servicio: es decir, si ese contacto resolvió o no el problema según el criterio del paciente. Así, encontramos actitudes de aceptación o satisfacción y confianza cuando en el establecimiento encontraron alivio a su problema de salud, y de resentimiento o desconfianza cuando empeoraron o no fueron atendidos. El resentimiento es mayor en los parientes.
de quienes fallecieron luego de ir a los servicios.

En las entrevistas a los pacientes hay muchas expresiones de gratitud de los enfermos que sanaron luego de ir a la posta, e incluso cambios de conducta, pues aseguran que, después de ese contacto, cada vez que tienen un problema acuden al establecimiento.

_Hace dos meses estoy con esa medicina, porque de tifoidea en veinticuatro horas no más he escapado, si no yo hubiera muerto. He acudido a San Francisco, me atendieron, me salvaron, mi hígado estaba malogrado._

También se nota la aceptación del sistema cuando, refiriéndose a acontecimientos del pasado, señalan que “antes no había a quien acudir”. Sin embargo, esta actitud positiva se convierte en actitud crítica de los pobladores cuando se quejan de la ausencia de profesionales. “Cuando fuimos a la posta no había nadie”, dijo la esposa de un colono que murió de fiebre amarilla (Santa Rosa, San Francisco).

_La hemos traído (su hija) acá a la posta y estaba ocupado, o sea que de acá a la posta no estaban atendiendo, por ese motivo se ha regresado a la casa y le hemos dado mates frescos, con eso se ha calmado y enseguida le he vuelto al [centro de salud]. La he llevado en la mañana y ha salido positivo (poblador de la microrred Palma Real. La Convención)_

El hecho de que la población acuda al establecimiento no indica necesariamente que tenga una actitud de confianza total en el personal. Al hablar de las prácticas de salud, hemos visto que siempre combina los medicamentos que le dan en el servicio con sus propias terapias tradicionales, como se aprecia en la cita anterior. Hay, pues, una cierta desconfianza, tanto en la medicina tradicional como en la moderna.

La primera actitud de confianza se convierte en lo contrario cuando, luego de seguir el tratamiento, no sienten mejoría, o cuando tienen que combinar tratamientos para mejorar.

_Yo mal me siento, también sufro, y en el centro de salud me dijeron que tenía infarto. Me mandó la receta, ahí decía lo que tenía, estoy con medicina y me está calmando. Pepa de limón, mandarina, plantas medicinales, con eso me estoy curando. Eso había sido mucho mejor. Bueno, estoy bien, trabajo regular_ (promotor, el subrayado es nuestro). (promotor de San Francisco)
La actitud de desconfianza no siempre significa rechazo de la atención de la medicina occidental sino descontento por la atención del personal del establecimiento de la localidad. Podemos encontrar un ejemplo de esto en el siguiente caso, relatado por un promotor de salud, donde también se explica cómo el itinerario terapéutico no siempre termina en el servicio.

_Tambié en mi comunidad hay una señora, hace un mes está enferma, que no sana. Dice que vino al puesto y no la han atendido. Me dijo: “Por qué tú no me has puesto medicina”. Tiene fiebre, está pálida, tos seca y no tiene ganas de caminar. La señora era sana, se enfermó de un momento a otro, de la noche a la mañana. Como no la han atendido aquí los doctores ya se fue a San Antonio, donde la señora Flora. Como no estaba esta señora, estuvo internada una semana en la farmacia y luego se fue a Ayacucho, donde yo vivía, y allí está. Sí, sigue enferma, todavía no sana_ (el subrayado es nuestro)

La distancia y la desconfianza se acentúa cuando la población siente que ha sido rechazada por el personal del servicio.

¿Qué hiciste cuando se enfermó tu esposo?

_Yo le he dicho: “Vamos”, porque ni con eso sana, pero él no me ha dicho nada._

Pero ¿lo has llevado a la posta?

_Sí, y me dijeron: “Ya está grave tu esposo, mejor llévalo a San Francisco”, pero no teníamos plata en ese momento, por eso hemos regresado (esposa de señor que falleció por fiebre amarilla)._ 

En algunos casos la desconfianza no está dirigida al personal sino a los insumos e instrumentos que tienen para la atención de los problemas de salud, especialmente en el caso de los promotores o de los usuarios más convencidos de la necesidad de ir al servicio.

_En mi comunidad hay personal de capacidad, pero lo que pasa mucho es que realmente no hay tipo de medicamento que uno puede agarrar por cualquier tipo de enfermedades, eso sí tienen problemas. El personal que ahí trabaja está perenne, no hay ningún problema. El establecimiento es el problema, porque no está bien implementado en medicamentos para toda esas enfermedades de nuestra zona (promotor de salud)._ 

En muchos casos hay dudas sobre el diagnóstico hecho en los establecimientos
de salud. A veces no es una desconfianza en el diagnóstico sino en la forma como es comunicado al paciente. Otro factor se refiere a la presunción de que el tratamiento es incorrecto, que también está en la base de actitudes de desconfianza con respecto a la atención de la salud.

_Ya. Primero apareció con la fiebre, después la piel amarilla, después vómitos y después ya también estaba con el estómago flojo, y con los labios negros. Entonces le hemos traído acá a la posta y pastillas le han dado una caja diciendo que es bronconeumonía. Entonces no hemos comprado nada para su curación. De ahí le hemos traído acá, por eso en la casa no más murió (el subrayado es nuestro)._ 

Hay una actitud de distancia o desconfianza debida a la falta de diálogo, que se encuentra implícita en varios relatos y que se manifiesta indirectamente. "No me dijeron nada" o "No me dijeron nada y sólo me aplicaron la pastilla o el suero", se repite muchas veces. Incluso los promotores de salud, que generalmente defienden al personal y tienden a trasladar el problema a la conducta de la población, se quejan de esta falta de diálogo.

_ Sí, han hablado (con el personal de salud) No ha dicho nada, sólo han aplicado ampollas y no pasa nada._

Se observa que las quejas se centran en la falta de diálogo, en la falta de comunicación clara y sencilla sobre la enfermedad que se tiene.

_Acitudes de la población_

No sólo el personal de salud entrevistado, sino los promotores y algunos ex pacientes, están contentos con la existencia de un centro de salud en su localidad o con la presencia de las brigadas de control preventivo. Este hecho se manifiesta en actitudes de aceptación del personal, pero a veces en actitudes de crítica, cuando ven que se ausentan del establecimiento, probablemente porque se desconocen los tiempos de salida del personal a cumplir sus actividades extramurales de prevención en otras localidades.

En las entrevistas grupales y en las reuniones con los promotores las personas participantes señalan que, como resultado de las acciones preventivas, se ha
mejorado la salud de la población. Tienen una actitud de aceptación -e incluso de agrado- por las acciones de limpieza, de cuidado del agua y, sobre todo, reclaman las charlas.

Pese a ello, no todas las actividades preventivas son bien aceptadas por la población. Hay una actitud de temor y rechazo hacia las medidas de vacunación. Estas actitudes son conocidas por el personal de salud, que reacciona con actitudes de comprensión o con actitudes de fastidio, especialmente cuando consideran que la causa es la intromisión de otros actores, como la influencia de la religión.

Sin embargo, no es sólo el elemento religioso lo que ocasiona el rechazo sino la percepción, por experiencia, de que la vacunación en sí “enferma”. Se ve claramente en los relatos del personal de salud.

*Sí, en la vacunación siempre, siempre es difícil. Nos dicen: “No, ya lo he vacunado”, aunque no sea cierto, o: “Le va a hacer fiebre, ¿cómo tú le vas a dormir? ¿Tú le vas a dar de comer?”. Pero todo eso es momentáneo, porque se les explica... (biólogo de red San Francisco).*

*Pero lo colonos no aceptan así, quizás la primera dosis, puesta hoy día, pero el siguiente mes no ha regresado porque el niño ha reaccionado con fiebre, algún edema se ha producido, no sé. Y así van rechazando las vacunas, y cuando la enfermedad viene encima de ellos, quieren hacerse vacunar cuando ya no hay tiempo para proteger al organismo (técnica de La Convención).*

También hay rechazo a esta medida preventiva por una actitud de miedo, como es el caso de la esposa de un enfermo que falleció de fiebre amarilla.

¿Al pueblo vienen campañas del puesto de salud? ¿Han venido acá con programas de salud? ¿Usted se acuerda?

*No.*

¿De la posta nunca han venido?

*De vez en cuando... Para vacunar a los niños y también a los grandes.*

¿Y usted por qué no se hizo vacunar?

*No, porque tengo miedo.*

Pero ahora que sabes que tu esposo ha muerto con fiebre amarilla, ¿por qué
no te haces vacunar?

*Tengo miedo.*

Sin embargo, en La Convención se encontró que la muerte de personas ha propiciado que tanto los colonos como los trabajadores migrantes quieran vacunarse.

*Cuando se presentó la enfermedad y hubo muertos recién creyeron la mayoría de la gente, inclusive hasta los migrantes creyeron. Ahora vienen al establecimiento a vacunarse con bastante preocupación.*

*Había un muertito de 68 años que no creía que era la vacuna de la fiebre amarilla y le dio y se murió. Cuando se murió recién creyeron la gente que la vacuna verdaderamente podía prevenir la enfermedad.* *(enfermera de la microrred de Kiteni)*

En resumen, la relación servicio/población tiene una larga historia de contacto, debido en gran parte a la experiencia con las enfermedades metaxénicas endémicas. El trabajo de control vectorial para malaria ha calado en la población, aumentando sus conocimientos y cambiando alguna de sus prácticas personales de protección. La relación siempre ha sido subordinada y la comunicación, a la vez que vertical, ha sido muy parcial. En el actual contexto de aparición de enfermedades nuevas o reemergentes, el saber del que se ha apropiado el poblador puede convertirse en obstáculo al control de lo nuevo, cuando no se ha trabajado bien en la distinción y las diferencias de estos síndromes. Es importante profundizar en los procesos educativos con un cambio que permita la recuperación del saber y racionalidad popular y amplíe el objeto de intervención del individuo biológico al sujeto en su entramado social y productivo.
5.2. Perfil del personal de salud del valle del río Apurímac y La Convención: actitudes de los trabajadores hacia los pobladores

Para captar las percepciones y actitudes del personal de salud hacia los pacientes y sus actividades en los establecimientos, se usaron principalmente entrevistas en profundidad y parte del material resultante de la encuesta aplicada a 174 trabajadores.

En este punto no se tratará el perfil del personal de salud en el sentido usual del término; es decir, su perfil de conocimientos y experiencia. Interesa más bien, a partir de los discursos recogidos tanto del personal como de los pacientes, analizar las actitudes del personal con relación a las actividades que realizan dentro y fuera del establecimiento de salud, así como las actitudes que tienen cuando se relacionan con los pacientes.

Características de la población en estudio: el personal de salud de ambos valles

Del personal encuestado, que fue el 54,8% del personal total de ambas redes de servicios, 85 (48,9%) eran profesionales y 89 (51,1%) eran técnicos. Con respecto a su condición laboral, 37,4% eran nombrados y 56,9% eran profesionales contratados por el programa “Salud básica para todos”. Serumistas con más de seis meses de permanencia en el establecimiento eran el 4,6%. Sólo dos trabajadores (1,2%) omitieron su condición laboral en la encuesta.

El personal del Cusco tenía una edad promedio de 35,2 años, un tiempo de trabajo en el Ministerio de Salud de 95,9 meses como promedio, y un tiempo de trabajo en el establecimiento actual de 48,1 meses. En Ayacucho, estos resultados fueron de 30,9 años de edad, 55,1 meses promedio en el Ministerio de Salud y 30,9 meses en el establecimiento. Los resultados de la encuesta muestran que el personal de los establecimientos de salud de La Convención son de mayor edad y con mayor tiempo de trabajo, tanto en el Ministerio de Salud como en el establecimiento, con respecto a los de Ayacucho.
Sin embargo, tampoco faltan opiniones que problematizan la capacidad de las unidades territoriales intermedias para ser unidades ejecutoras y critican la escasa autonomía con que cuentan:

*Nos falta ser una unidad ejecutora presupuestal. La intención fue hacer una UBBAS desconcentrada y descentralizada, pero aquí lo que falta es una unidad ejecutora para desconcentrar y descentralizar, nos tiene que llegar el dinero para que nosotros podamos ejecutar. Las UBBAS y las LITES son desconcentradas y descentralizadas, lo son pero en las resoluciones, en papel. Lo que hemos pedido todos los directores es ser unidades ejecutoras.*

¿Cuál es el objetivo para crear redes, unas cabeceras de red? Es precisamente para que sean autónomas en su manejo, para que puedan ejecutar directamente, para que puedan recibir plata y manejarlo, gerenciarlo, pero si eso no se da vamos a seguir siendo igual aunque nos cambien el nombre. (médico de Quillacamba)

Como se verá más adelante, cuando se examinen las opiniones del personal sobre la vigilancia epidemiológica y sindromática, la opinión de los directivos se centra en las dificultades para el llenado y uso de la ficha por el personal técnico y, sobre todo, por los promotores, lo que se expresa en intentos de simplificación de la ficha de vigilancia. Sin embargo, estas versiones simplificadas todavía no han resuelto el problema. Sólo se encontró un directivo que planteó una crítica a las definiciones de caso de los síndromes, explicando que ahí radicaba una de las razones por las cuales aún hay un bajo registro. En el personal de los niveles de ejecución hay más variedad de posiciones, pero tienen mucho que ver con la relación entre los responsables de la vigilancia y el resto del personal. Si son buenas, el sistema suele funcionar. Pero existe, como se detalla más adelante, cierta desconfianza en la capacidad de los otros -sean éstos técnicos o incluso profesionales que no sean del programa-, una duda sobre su competencia profesional para advertir la enfermedad y notificarla, y de la veracidad de las notificaciones hechas.

Uno de los problemas señalados en diferentes entrevistas es el escaso involucramiento del personal de salud y, en particular, de los promotores en la red de vigilancia:

*Bueno, vigilancia como tal, no la conocen. Ellos saben que tienen que reportarnos las enfermedades que están bajo vigilancia. Nosotros les decimos que nos reporten, por ejemplo, casos de las enfermedades que están sujetas a vigilancia. Nos reportan, pero como que no están inmersos en la red del sistema. Entonces, sobre eso faltaría trabajar más. No sé si son los mismos mecanismos. Ha costado, por ejemplo, involucrar al personal de salud en una primera fase. Pienso que todavía es un*
trabajo fuerte para involucrar a la comunidad. Porque hemos tenido también dificultades involucrando a los establecimientos dentro de la red de la notificación semanal, por ejemplo, en lo que es vigilancia epidemiológica (Enfermera de Santa Ana-Cusco)

Según la información recolectada, hay dos procesos diferentes para el tratamiento de las enfermedades asociadas a los síndromes en estudio: a) cuando el enfermo llega al establecimiento, y b) cuando notifican el caso (más frecuentemente por radio) o lo envían con nota de referencia de un establecimiento de menor capacidad resolutiva. En el primer caso (a) el personal informa que es la función de “triaje” la que define si pasa a emergencia, y luego al programa o proyecto, o va directamente a un médico de alguna especialidad –por ejemplo de EDA– o es tratado por tifoidea. En realidad, la función de triaje sólo existe formalmente en establecimientos grandes, pero siempre alguien la cumple funcionalmente en los establecimientos. La actitud de inseguridad del personal encargado de la vigilancia se hace presente cuando tiene poca confianza en la capacidad del personal de triaje. Si es nuevo o contratado, o si es un técnico con poca capacitación, “ahí está el problema”.

¿Cuáles son los procedimientos que se adoptan cuando se presenta un caso de estas enfermedades?

Triage es el centro de todo. Entonces se saca su historia y pasa de triaje a emergencia, porque hay síndromes que pueden venir con un signo febril muy alto. Entonces eso ya no pasa, ni triaje ni nada, de frente va a emergencia. Por eso la persona que va ahí debe saber qué causa la “hiper hemorragia”, tiene su protocolo. Si es un amarillo me llaman, llaman al médico. El problema es que aca la gente está a medias en este hospital, son serumistas contratados, pocos son los nombrados (profesional de un hospital)

... pero tampoco se puede tener calidad, porque para exigir al personal que te dé calidad de atención, primero debe tener un adecuado nivel de capacitación. Bueno, lamentablemente el personal técnico no ha sido capacitado. Vienen a trabajar en el campo, no se preocupan por atender, se les enseña, se les recicla. Hay falta de neurona. de repente, en muchos trabajadores (médico del PSBT, periferia de La Convención).

Cuando hay eficiencia en el manejo de las acciones preventivas encontramos una actitud de seguridad, compromiso y celo profesional, aunque ello no elimine totalmente la actitud de desconfianza:

¿Qué medidas adoptan cuando hay sospecha de la aparición de la enfermedad en la comunidad?
<table>
<thead>
<tr>
<th>Barreras de acceso a los servicios</th>
<th>Porcentaje de percepción entre los trabajadores de salud</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Ayacucho (n =)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
</tr>
<tr>
<td>Falta de acceso económico de los pacientes a los servicios</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>Baja capacidad resolutiva del establecimiento</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Idiosincrasia y cultura de la población</td>
<td>49</td>
</tr>
<tr>
<td>Accesibilidad geográfica</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>Presencia de complicaciones</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Demora de atención en el establecimiento</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

De la tabla 2 se desprende que para el personal de la red del valle del río Apurimac las principales barreras de accesibilidad son la idiosincrasia y la cultura de la población (51%), a lo que sigue la accesibilidad geográfica (8%), y, sólo en tercer lugar, la baja capacidad de resolución del establecimiento (8%). Por su parte, para los trabajadores del Cusco la barrera principal es geográfica (55,1%), luego siguen la idiosincrasia y la cultura de la población (28,2%) y, finalmente, la baja capacidad resolutiva (5,1%) y la falta de acceso económico de la población (5,1%). Sorprenden los bajos porcentajes que ocupan los problemas de accesibilidad económica (13,5% en Ayacucho y 5,1% en Cusco), pese a la pobreza existente en ambos valles.

En las entrevistas al personal de salud apareció reiteradamente la noción de inaccesibilidad geográfica. El médico de un establecimiento de primer nivel de La Convención relató el problema que representa para su servicio la alta dispersión poblacional:

... la dispersión de la población, no tenemos núcleos poblacionales como en la sierra para poder facilitar nuestro trabajo. Además, nos es difícil concentrar por qué los colonos le pagan a sus trabajadores en base a lo que producen por quintal de café.
Percepción de los trabajadores de salud de las actividades de vigilancia epidemiológica y sindrómica

Las entrevistas en profundidad permiten una lectura más profunda de las motivaciones y explicaciones de trabajadores y usuarios sobre sus comportamientos, porque incorporan el análisis de la actitud, no sólo como una predisposición mecánica a la acción sino como el cálculo rápido que hace cada persona entre la predisposición inicial y los resultados que quiere obtener de la acción”. En el contexto actual de las actividades de vigilancia basadas en la captación de casos, la actitud del personal con relación a los usuarios es variada y, según se deduce de los resultados, está condicionada por múltiples factores: depende de la mayor o menor complejidad de los procesos que deben seguirse para definir la atención del usuario, de las relaciones que tenga el personal con sus compañeros y de la actitud del mismo usuario. Por tanto, los dos aspectos -actitud del personal hacia las actividades del establecimiento y actitud del personal hacia el usuario- se interconectan.

En primer lugar, se describirán las actitudes del personal con respecto a las actividades del establecimiento para la atención del conjunto de enfermedades de los síndromes en estudio.

Lo primero que se puede constatar es que en el personal de salud hay una actitud general de compromiso y aceptación del programa de vigilancia sindrómica. Ello se muestra en los niveles de decisión de las DISA y unidades territoriales intermedias, especialmente cuando se manifestaron brotes en la zona a su cargo y cuando tienen una relativa autonomía para aplicar los procedimientos del nuevo sistema. En todos los directivos de las unidades territoriales estudiadas se asocia esta actitud, muy positiva, con la defensa de su injerencia en el programa, por tanto muestran cierto rechazo hacia la intromisión de otros programas cuando ésta dificulta el control del personal. En este aspecto, el programa de Salud Básica Para Todos, que tiene a su cargo la contratación y cambio del personal, es el blanco preferido de las críticas. Comentando los cambios positivos, gracias a la ganancia de autonomía de la unidad territorial con respecto a la contratación de personal, un directivo de red indicaba:

Antes se tenía que capacitar a mucho personal, pero ahora están dejando ya a criterio de la LITES que maneje sus cambios. Eso ya se está haciendo más saludable. Conocemos el personal que trabaja acá y podemos hacer cambios, pero estratégicamente en el ámbito de la red y desde la LITES. Pero que ya no lo maneje Salud Básica, que no conoce la realidad.
El directivo que describía esta creencia encontraba su racionalidad en explicaciones propias de su formación médica. Otra creencia de los nativos señala como causa de la aparición de fiebre amarilla la presencia de colonos. Es probable que el personal de salud dé una explicación etiológica a esta creencia, relacionada con la menor resistencia nativa ante enfermedades traídas de fuera. El hecho es que hacendados y colonos ancestralmente han tendido a deforestar el bosque, ocasionando que los roedores que fueron huéspedes/almamentos naturales de los microorganismos causantes de la enfermedad huyan de la zona, cortando el ecosistema anterior y obligando a los vectores a buscar otro huésped/álimento: el hombre. La economía de subsistencia limitada de los nativos era, de alguna manera, un factor protector.

La actitud no valorativa del saber popular influye en la relación personal-usuario, pese a las intenciones de calidez y buen trato. Sin embargo, en la idea central del saber de la población, que es la defensa del equilibrio en la relación hombre-ambiente, puede encontrarse un punto de contacto e integración con los objetivos preventivos y promocionales de los programas de vigilancia epidemiológica y control de enfermedades (eliminación de charcos y fuentes de reproducción del vector o eliminación de desechos y residuos). Ambas medidas protegen el ambiente y satisfacen a la madre naturaleza. Unir los esfuerzos del sector con aquellos de la promoción del manejo adecuado de las actividades productivas agrícolas o de extracción puede ser otro punto de encuentro entre estos dos saberes.

Cuando el resultado de la atención no es el esperado y el usuario no regresa -o muere-, las explicaciones pocas veces generan actitudes autocriticas sobre el tratamiento o sobre la precisión del diagnóstico, por lo menos en las entrevistas al personal de salud. Las explicaciones se dirigen más bien hacia la conducta de los usuarios, a la existencia de creencias equivocadas o a la influencia de la religión. Este posicionamiento genera en el personal actitudes de rechazo hacia estos factores y, por extensión, hacia las creencias populares. Entre todo el personal de salud se ha encontrado un solo caso de una enfermera que tenía una actitud pragmática con respecto a estos factores, indicando que, aunque ella no creía, trataba de aceptar el uso de hierbas siempre que se cumpliera el tratamiento, y aseguraba que incluso estaba dispuesta a convertirse a la religión evangélica para ganar aceptación entre los pacientes y influir en los pastores.

Esa actitud de rechazo por la religión es compartida por algunos promotores, aunque algunos incluso son evangélicos y aseguran no tener problemas para realizar sus funciones. En este segundo caso consideran la oración como la aliada principal de la acción de los medicamentos o vacunas.
Por descuido ha muerto... por descuido de la familia. A veces por llevar esa religión evangélica, más bien ellos confían en nuestro Señor. Tanto orar ellos, por gusto, de más ya era, hasta de más ya estaba avanzando ya.

¿Pero todos los evangélicos no son iguales?

No son iguales, no son iguales, pero desde esa fecha ya no ayudaban sólo con oración sino con medicinas.

Percepción de los trabajadores de salud con respecto a la accesibilidad de los usuarios al establecimiento de salud

La lógica de las acciones de vigilancia sindrómica de los daños estudiados descansa en la posibilidad de captar precozmente los casos para efectos de notificación y tratamiento. Ello implica que los establecimientos estén en condiciones de facilitar el acceso a los pacientes a la atención, suponiendo además que todo el proceso de diagnóstico y tratamiento sea gratuito o esté al alcance de los pobladores. La mayoría de los trabajadores de salud refiere a las barreras geográficas como la principal dificultad que deben sortear los pacientes para acceder al servicio (47.9%). Un porcentaje ligeramente inferior (43.8%) lo ocupa -en opinión del personal de salud- la cultura e idiosincrasia de los pacientes. Sin embargo, los trabajadores de salud encuestados admiten que el porcentaje de pacientes que aceptan el tratamiento de estas enfermedades es muy elevado: 95%. Estas cifras muestran cierta contradicción en la percepción de las barreras culturales para el acceso a los servicios, pues se expresa que la cultura de la gente impide su llegada a los servicios pero, al mismo tiempo, una vez que el poblador se convierte en usuario, los trabajadores de salud perciben una aceptación unánime con respecto al tratamiento. En ambas percepciones tal vez no se desea asumir problemas que involucren cuestionamientos a su desempeño. Las diferencias en las percepciones de los trabajadores de salud sobre los problemas de acceso de los usuarios al establecimiento según la zona de aplicación de la vigilancia sindrómica se observan en la siguiente tabla.
Tabla 1: Edad y tiempo de permanencia en la institución de los trabajadores considerados en el estudio. Cusco-Ayacucho junio-julio 2000 (n = 174)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Zona de aplicación</th>
<th>Edad promedio en meses</th>
<th>Tiempo de trabajo en meses en el MINSA</th>
<th>Tiempo de trabajo en meses en el ES</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Cusco</td>
<td>35.2 (± 7.6)</td>
<td>95.9 (± 78.3)</td>
<td>48.1 (± 51.9)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ayacucho</td>
<td>30.9 (± 5.8)</td>
<td>55.1 (± 58.5)</td>
<td>30.9 (± 47.4)</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>32.8 (± 7.0)</td>
<td>73.1 (± 70.7)</td>
<td>38.5 (± 50.0)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Percepciones y actitudes de los trabajadores con respecto a los pacientes y al establecimiento de salud

Según la información de los directivos de la Unidad Territorial de Salud de San Francisco y de la UBBASS Santa Ana, en los establecimientos de dichas jurisdicciones se han desarrollado programas de capacitación del personal que incluyen aspectos como la calidez de trato a los usuarios para mejorar la calidad de los servicios de atención. Este aspecto también está considerado entre los requisitos de admisión y evaluación periódica del personal, e incluso en las unidades territoriales se ha formado un comité de calidad encargado de su fomento.

Desde que calificó como hospital materno-infantil, en las microrredes se ha llevado al personal a capacitar a las pasantías. Entonces, también manejan los establecimientos lo que es la función de calidad, calidez, (directivo de la red Apurímac).

Por tanto, no es de extrañar que los trabajadores de los establecimientos se esfuerzen en atender amablemente a los usuarios, y que algunas de las actitudes de fastidio o distancia del profesional hacia el usuario se hayan eliminado en algunos de los servicios. No obstante, el mismo personal considera que restan signos de maltrato y de insatisfacción de los usuarios.

Mire, maltrato no hay, porque ya hemos superado eso al 100%. Todo el mundo se cuida de eso, pero sí hay demora de atención. Ése es nuestro problema. El hilo débil de acá, del hospital, es un buen historial. No hay una buena historia, pero no porque no quiera el médico hacerlo sino por la premura del tiempo. Se nota que hay mala calidad de atención a pesar de que mejora temporalmente, de que estamos yendo bien, hay mala calidad. Hay confianza de todas maneras, pero hay quejas, hay
insatisfacción, como dice la encuesta. La población no está conforme, como debe ser (enfermera de hospital).

Si el discurso explícito reconoce aún debilidades en el trato a los usuarios, las entrevistas también descubrieron otros aspectos débiles de la interrelación servicios-usuarios que son reiterados en las conversaciones con la población y el personal: las sistemáticas actitudes de fastidio, el menosprecio de los valores de la población y la culpabilización al paciente por sus conductas o prácticas de salud. Estas tres debilidades en la relación con los usuarios-pobladores a menudo tienen su origen en un celo profesional positivo que se cumpla lo establecido por la medicina profesional pero que tienen como resultado una distancia y, a veces, cierto maltrato al usuario. Como consecuencia, el usuario también aumenta su desconfianza en los servicios, creándose un círculo difícil de romper sólo con calidez o educación a la población.

El fastidio del personal por la conducta de los usuarios se expresa en su queja por la tardanza de éstos para acudir a los servicios pese a los programas de educación y a la gratuidad parcial del tratamiento. También se expresa en su actitud de rechazo por la automedicación: no sólo culpa al poblador sino también al promotor y al boticario por fomentar esta conducta.

Todos los trabajadores de salud entrevistados declaran conocer la forma de pensamiento de la población con respecto a la etiología y el tratamiento de la medicina tradicional. Sin embargo, llama la atención que para el personal de salud estas explicaciones populares sobre las causas de los males y sus prácticas de curación tengan el carácter de anécdotas. El personal de salud no puede encontrar el sentido del pensamiento de sus pacientes, externalidad que condiciona su poca valoración acerca de la racionalidad de la población con relación a las enfermedades en estudio. Un ejemplo de esta interpretación anecdótica de la cultura popular es la denominación existente en Ayacucho de la fiebre amarilla como una enfermedad de ricos y pobres que mata sólo a los ricos. Los profesionales entrevistados le dan una explicación fisiopatológica a esta denominación popular.

Bueno, hay gente que dice que es una enfermedad de la tierra y hay otro sector que hablaba de ella como la enfermedad de los ricos y de los pobres pero que solamente mataba a los ricos. La veían como un designio contra los ricos. Lo que pasaba es que en ese tiempo, acá, cuando se enfermaban los hacendados, ellos trataban de llevar al enfermo hasta donde había un médico. Entonces, como estas enfermedades vuelven al hígado como si fuera gelatina, cuanto más movimiento había perdían la vida. Los hacendados morían, en cambio los pobres, como no tenían dónde movilizarse, se quedaban en su caserio nomás y se salvaban y vivían (directivo de equipo de gestión de red).
¿De “hiperhemorrágico”? Pues eso es un problema, pues hay que desglosar, hay que formar una brigada. Primero delegas a la microrred que reporte si hay una sospecha, se descarta. De hecho es la microrred que nos manda. El personal del establecimiento no cruza su informe acá: primero reporta a su microrred, y ésta a nosotros. Aquí le damos una verificación del caso. Acá los coordinadores hacen todo lo que es la campaña que inicia todo el procedimiento: febriles, vacunación, estudio epidemiológico de la población, de esa familia, de la persona, todo un plan minucioso. Se hace todo lo que es campaña de control vectorial (enfermera de hospital)

¿Cómo estar seguro de que los establecimientos de la microrred o la cabeza de la microrred reporten adecuada y oportunamente el caso? Este cálculo antes de la acción lleva a diferentes actitudes. En el ejemplo anterior, la actitud de inseguridad se manifiesta como problema de desglose: lo que se tiene que esperar, lo que se tiene que hacer. Pero hay casos en que la persona encargada del programa lleva la desconfianza al extremo de querer resolver ella sola todas las etapas de la vigilancia, verificando in situ el caso y el llenado correcto de la ficha.

Entonces, ¿no han recibido capacitación sobre la ficha?

Saben, pero no pueden, nos faltan datos. Entonces nosotros, ¿qué hemos hecho? Le comunicamos inmediatamente que tiene que desplazarse el personal profesional del establecimiento para poder llenar las fichas. Hay veces que llega la muestra acá. Entonces, inamíral, es un problema porque nos faltan datos. Para evitar esas cosas nosotros hacemos que vaya el personal profesional, porque no vamos a estar regresando dos o tres veces a ese sitio, mejor una sola vez y lo llenan correctamente (enfermera de hospital)

Por otro lado, cuando el personal de salud no puede realizar lo que profesionalmente considera correcto o conveniente, se genera insatisfacción, rechazo y hostilidad hacia otros compañeros de trabajo o hacia el director del establecimiento. Sólo cabe añadir aquí que, cuando todos tienen la culpa menos uno, se está expresando un conflicto subjetivo entre expectativas y realidades que necesariamente afectan la dinámica de trabajo.

Por último, uno de los problemas mortificantes para el personal de salud es la deserción de los profesionales que trabajan en las zonas rurales:

Promedio están durando tres meses, después de los cuales renuncian, porque ya las características propias de la zona hace que no se acostumbren con facilidad debido a que muchos de los establecimientos de salud, sobre todo los del Bajo Urubamba, no contamos con una pensión, con agua que venga con buena calidad, garantía, no contamos con fluido eléctrico... (médico de Santa Ana).
... no tenemos una obstetra en la zona, no tenemos un médico, no porque el programa no lo tenga sino porque este tipo de personal no está viendo. Está una semana o antes de entrar a la zona, este personal ya está renunciando.

Una enfermera de la UBASS Santa Ana ratificó esta impresión generalizada de la no adaptación del personal de salud que ingresa a estas zonas a trabajar:

Y a nivel de los puestos nuestro mayor problema es que el personal no se acostumbra, tenemos renuncias frecuentes.

Estas diferentes percepciones y actitudes del personal sobre las actividades de los establecimientos influyen indirectamente en las opiniones y conductas que tiene el personal con respecto a los pacientes.

Percepción de los trabajadores de salud con respecto a los pacientes y pobladores

La población y el personal de salud se capacitan no sólo con charlas sino a través de su experiencia con la enfermedad y la muerte. Es lamentable que en muchos casos sea el temor a la muerte el acicate para un mejor cuidado de la salud. Las experiencias de epidemias han sido, así, por su saldo de letalidad, ocasiones infortunadas de aprendizaje social. Pasó en Ayacucho y en La Convención hace poco, con la fiebre amarilla. En Cusco, igual, el personal de salud está altamente sensibilizado por la experiencia de fiebre amarilla de 1998, en la zona de la microrred de Kiteni, más específica e impactante en el ámbito del puesto de salud de Kamanquiriato por el fallecimiento de varios peones, y la aparición de hepatitis B en la microrred de Palma Real, más específicamente en la comunidad en la que se encuentra el puesto de salud de Cirialo, donde se ha detectado hepatitis B en escolares y la muerte de una maestra. Como consecuencia de las epidemias se han desarrollado campañas contra la fiebre amarilla y la hepatitis y, por otro lado, el personal de salud ha llegado a interiorizar más la importancia de la enfermedad:

... porque el personal [personal de servicios periféricos] también vive un poco atemorizado por el perfil epidemiológico que observamos en relación a las enfermedades metaxénicas (enfermera de la UBASS Santa Ana).

Por su parte, la población también es más consciente de los peligros a los que puede estar expuesta:

Cuando hay esos síntomas, digamos la fiebre, no te puede dar más de tres días una fiebre, puede ser un día todo de fiebre. Cuando te bañas, te ponen enema, todo eso sana, entonces ya estás tranquilo. Pero a veces no te sana, entonces hay...
ese temor siempre. ¿no? Ese miedo que puede ser ese mal (poblador de Kamanquiriato).

El personal de salud toma contacto más integral con la población en el trabajo extramural que en los establecimientos. En el desarrollo de esas actividades fuera del servicio, los trabajadores de salud ejecutan los procedimientos señalados con una actitud de seguridad, indicando a la población lo que debe hacer (limpieza de charcos, limpieza de casas, eliminación de residuos para el control de los vectores), además de procesar actividades de transferencia de información y de conocimientos del personal de salud a la población.

¿Y cuáles son las actividades de prevención que se realizan?

¿Acá? Como ahora se ha intensificado más la parte IEC, capacitación y educación a la comunidad. Siempre se ha trabajado con agentes comunitarios, pero más en transmisibles. En la parte preventiva también, hacemos lo que es la parte de control, hacemos todo lo que es raciado, hacemos todo lo que es control vectorial. Y también se hace la educación en autocuidado de la población (médico jefe de centro de salud de la red San Francisco).

En el desarrollo de este trabajo el personal de salud convoca a la población a charlas, a las cuales, según refieren, siempre vienen los pacientes -y sobre todo las madres-, pero no los varones:

Algunos pacientes llegan a venir a las convocatorias, mayormente a convocatorias. Caminamos, porque si visitáramos casa por casa visitaríamos tres, cuatro casas como mucho. En un centro educativo se junta a la gente y ahí empezamos a darles las charlas educativas, les hablamos de todos los programas, un poquito de cada uno de los programas, de la importancia que tiene cada programa. Después empezamos a trabajar en lo que es cada programa. Por ejemplo, les preguntamos si hay alguien que no está vacunado con fiebre amarilla, y los que no están se acercan y los vacunamos. Lo que es peso y talla de los niños, lo que es la señorita de planificación materna, así. Pero hay veces que no vienen a las convocatorias, a sea, en la época de cosecha no vienen a las convocatorias, pero cuando no es época de cosecha y están en sus casas sí acuden. No viene toda la familia, viene el hijo, la señora, raros varones viene. (Enfermera de puesto de salud, UBASS Santa Ana, Cusco)

La educación a la población es una de las actividades importantes de la prevención, como ha sido señalado en todas las entrevistas realizadas al personal. En todos los ámbitos, los directivos de ese nivel se han preocupado por adecuar los mensajes a la realidad específica de la zona. Tienen, con razón, una actitud de seguridad y orgullo por este trabajo. También ha sido una actividad muy
participativa al interior de los establecimientos. Enfermeras, técnicos, biólogos, etcétera, han aportado sus conocimientos sobre lo que conocen con respecto al lenguaje y creencias de la población, para crear estos nuevos rotafolios o "sociodramas". Sin embargo, parece que no se ha hecho la misma consulta ni ha habido la misma participación, ni de los promotores, ni de dirigentes ni de agentes locales de salud en general.

¿Esas campañas de educación han llegado a todos los sitios?

Por todos lados, y esto se ha enriquecido últimamente con la generación de propuestas y mensajes locales porque detectamos que ese era un problema. Estábamos usando instrumentos de prevención que eran construidos en Lima para realidades diferentes. ¿cómo? Por ejemplo, en malaria, te mandaban unos rotafolios de Lima donde se veía un pais costeño. Entonces yo le enseñaba eso al poblador y él se desentendía. Hemos modificado todo eso y ahora todos esos instrumentos se elaboran acá, localmente, de acuerdo a la realidad. Yo creo que sí hemos llegado a todas partes, pero probablemente algunas comunidades que están más lejos han recibido en menos cantidad, quizás allí haya llegado menos (médico de red San Francisco).

Aunque no se ha analizado el método pedagógico que subyace en los "sociodramas", los testimonios recogidos aseveran cierta eficacia de los mismos para "llegar" a la población. Se afirma que simplifican los mensajes y adecuan los ejemplos a las especificidades del ámbito. Cumplen especialmente la función de lograr que el poblador añada otros conocimientos a su propio saber, sin transformar necesariamente su percepción cultural. Esta labor es importante, pues repercute en las conductas de la población en el sentido que producen aceptación y práctica de algunas medidas preventivas tales como cuidarse de los zancudos, protegerse de las picaduras o limpiar los charcos. Sin embargo, se ha percibido que este avance se ha dado sobre todo con respecto a la malaria. Desgraciadamente, otras enfermedades relacionadas con el SIHFA generan más confusión en los mensajes captados y en el autodiagnóstico, lo que trae como consecuencia una automedicación incorrecta o parcial y tardanza en acudir al establecimiento.

Así, la eficacia de la labor educativa es uno de los grandes interrogantes del personal de salud, las razones por las cuales "no se capta todo" o se reinterpreta lo dicho. Hasta ahora las respuestas se centran en problemas de método y no se atiende a lo sustantivo de todo diálogo intercultural. Pero en esta interpretación de la opacidad de su labor educativa el personal devela su propia percepción y actitud con respecto a los conocimientos, percepciones y actitudes de la población. Primero veamos cómo se expresan algunos entrevistados sobre el aprendizaje de los promotores.
Sí, sí, para que hagan encuestas los promotores también. Lo estamos capacitando al promotor, cómo debe llenar y detectar al paciente e inmediatamente tomar todos los datos que se indican en el formato, se está haciendo. Bueno, no, todavía primero tengo que capacitar bien al promotor. Hay que capacitar parte y parte, si lo capacitamos de un solo asist. no lo van a captar. Por ejemplo, una hora, media hora, una parte, pero bien teoría y práctica. Se le capacita, entonces se le evalúa, y si tiene buena nota entonces nos han captado al cien por ciento, y si tienen menos nota en la evaluación, entonces pensamos que todavía no nos están captando. Y eso lo hacemos en clave, porque a veces no pueden poner su nombre, y en la próxima vez ya desaparecen (técnico de red UBASS, Santa Ana, Cusco).

Una técnica de la microrred de Kiteni en el Cusco relataba su experiencia educativa con la población:

A veces, en ese momento les preguntan qué han entendido y qué no han entendido. Digamos, yo puedo dar un solo programa ese día. No puedo mezclar varios programas, porque los puede confundir, y se quedan callados y no contestan nada. Al final eso es algo que no los has hecho entender, y al final tienen aquí los enfermos y [les] preguntan: ¿Qué te han dicho de la comida? ¿Cuáles son los síntomas? Unos cuantos dicen “esto has hablado”, pero hay personas que te captan rápido y te dicen que tales o cuales son los síntomas. Pero ahora ya me comprendo con la gente y les hago entender un 90%.

Este fenómeno de los pobladores que no hablan en las charlas del personal, que asienten a todo, es bastante común y origina dudas en el personal sobre si está dejándose entender:

Mayómente son callados, como casi no tendrán conocimiento, será así. Escuchan, no más, y todos están de acuerdo. La señortita o el señor pregunta: “¿Está bien o en algo nos equivocamos?”. “Sí, está bien”. (Pobladora de la zona de Palma Real, en La Convención-Cusco)

Cuando se trataron los temas de nosología e itinerarios terapéuticos de la población se observó que, incluso con las campanas que hubo en ambas zonas a raíz de las epidemias con consecuencias fatales de los últimos años, sólo algunos han captado los mensajes, y aun de manera parcial. El personal de salud puede tener buenas intenciones y tratar de hacer sociodramas amenos y charlas en las que se aborden los diversos temas que se piensa difundir. Sin embargo, se deja un poco de lado la expresión del otro, la capacidad que tiene el otro de hablar y exponer sus puntos de vista y, así, generar el diálogo: ellos no son simples receptores de mensajes. Pero para que esto se produzca no sólo se debería intentar conocerlos sino, principalmente, valorar su voz. Por algo ellos no dicen nada y
asienten pasivamente: porque piensan que tal vez se burlen o les recriminen su supuesta "ignorancia".

Obviamente las percepciones sobre las dificultades de la labor educativa con la población revelan las percepciones del personal con respecto a los pobladores, pero éstas también se expresan en el trato al usuario en el establecimiento. Y aquí, como se ha recogido en múltiples testimonios hay mucho por avanzar.

Como ya se dijo, las actitudes de los proveedores con respecto a su trabajo se relacionan con su actitud ante la población y los usuarios. Ahora bien, dificultades internas como los conflictos entre los trabajadores o entre los niveles de atención, o el poco deseo que tienen muchos de permanecer en las zonas, deben influir en el trato al usuario y en la eficacia de la labor educativa. Con respecto a la deserción se puede afirmar que el sistema de salud -y la sociedad en general- privilegian el trabajo en las ciudades, pues le otorgan mayor status profesional y social. Al mismo tiempo, el sistema de salud no prepara al personal para el trabajo en las zonas rurales: muchas veces el personal se siente desubicado ante las reacciones y concepciones de la población y no descubre mayores alternativas para trascender la distancia. Finalmente, la deserción genera un problema adicional en la relación proveedor-población: la constante rotación de personal y el poco tiempo que permanecen los proveedores en las zonas muchas veces impide que se generen los niveles adecuados de confianza con la población.

Es verdad que, conforme a la información de los directivos, en todos los establecimientos se ha incidido en un intenso programa de capacitación del personal que incluye el aspecto de la calidez del trato a los pacientes como aspecto integrado al mejoramiento de la calidad de los servicios de atención. Se ha avanzado algo en eliminar distancias y desencuentros, pero es evidente que en muchos casos la relación servicio-usUARIO no es la mejor.

Acá también hay poco tráfico en esta zona. Hay veces que hay bastantes roces con mis compañeros. De acá a acá es un día de caminata, de ahí otro medio día, son día y medio de camino que venga un paciente que sea de otra zona. Es bienvenido para mí porque yo en carne propia he pasado eso. He caminado de sed, de hambre, pero acá mis compañeros no lo han pasado todavía, no han visto esta realidad. Hay veces nosotros los tratamos: "Tú no, tú no perteneces acá, tienes que ir al puesto [x]". Pero eso no es, pues, por eso le digo ponte en el caso del señor, camina un día y medio, de repente no encuentra al personal o va a encontrar al personal y no va a tener medicamento. El paciente viene de lejos asegurado, si no encuentra en la pos...
En estos dos aspectos, la labor educativa con la población y el trato individual con los usuarios, se expresan las actitudes del personal con la población, actitudes de buenas intenciones pero de no tan buenos resultados. En el fondo de esto están las dificultades para construir una interculturalidad saludable, dificultad existente pese a que todos los entrevistados declararon conocer la forma de pensamiento de la población con respecto a la etiología y el tratamiento de la medicina tradicional. Sin embargo, hay cierta "anectodización" del pensamiento del "otro" cuando se interpreta la identidad del colono y el nativo en términos de creencias y costumbres "curiosas".
Capítulo 6

Las opiniones sobre la vigilancia sindrómica

Ha transcurrido poco más de un año, en que el Ministerio de Salud iniciara un proyecto piloto de establecimiento de la vigilancia sindrómica en los valles del río Apurímac, Quillabamba, Chanchamayo y Alto Huallaga, aplicando el nuevo enfoque planteado por la Organización Mundial de la Salud en 1998. En el presente estudio se avanza en una evaluación de esta primera etapa de construcción de la nueva vigilancia sindrómica comunal asociada con el SIFHA desde una perspectiva sociocultural. Lo específico de una evaluación de esta naturaleza -diferente de la de resultados e impacto- es que en cierto sentido marcha paralelamente a la constatación de indicadores objetivos -de “productos”- o a la medición de indicadores con respecto a una línea base. No se trata sólo de saber cuánto personal fue capacitado sino cuánto aprendió y qué pasó; no sólo de constatar el poco uso de la ficha para notificación sino de averiguar las razones por las que ello ocurre; no sólo de medir los tiempos de notificación y los porcentajes de confirmación sino de contrastar esos resultados con las expectativas y percepciones de los actores de la vigilancia. Además de los avances y limitaciones en el desarrollo del nuevo sistema se trata de revelar el proceso de encuentros y desencuentros que entrampa o vuelve sinérgica la relación del personal, los promotores y la población en la construcción del sistema. Así, la evaluación de estructuras, procesos y resultados se enriquece con una evaluación de percepciones, actitudes e interacciones simbólicas eficaces o defectuosas entre los protagonistas de la vigilancia sindrómica.

6.1. Opiniones del personal de salud sobre el sistema de vigilancia sindrómica

A continuación se presenta los resultados de la encuesta aplicada a 174 trabajadores de salud de ambos valles: 96 de la UTES San Francisco y 78 de la UBASS Santa Ana, que representan respectivamente el 55,5% y el 54,2% del total del personal de ambas unidades.
Percepción del personal sobre los medios y recursos disponibles para la vigilancia epidemiológica e intervenciones de control

La encuesta muestra que los gestores de la vigilancia sindrómica perciben importantes deficiencias que deben subsanarse para que el sistema funcione a plenitud en cuanto a los medios y recursos disponibles para la vigilancia. Hay escasez de algunos recursos y presencia desigual de otros según las enfermedades.

En términos generales, se observa mayor conocimiento y más disponibilidad de medios y recursos para la vigilancia e intervenciones de control de malaria. Así, sólo 12% de los trabajadores refiere niveles de deficiencia en la disponibilidad de protocolos de manejo de la enfermedad; 30,7% menciona dificultades para mantener un microscopio operativo; 21,2% afirma que la disposición de insumos para el diagnóstico es limitada; 18,2% dice que hay deficiencias en la provisión de insumos para la toma de muestras y sólo 6,6% manifiesta tener alguna limitación en la disponibilidad de tratamientos. Un factor que se consideró crítico para la vigilancia de la malaria fue la limitada disponibilidad de medios de comunicación de apoyo a la vigilancia de esta enfermedad, percibida por un 31,5% de los trabajadores de salud. Sólo un 14,2% afirmó tener limitaciones para contar con un mapa epidemiológico local de la enfermedad.

En el caso de las actividades de vigilancia epidemiológica de la hepatitis viral, la percepción de los trabajadores de salud es que la base de recursos para el desarrollo óptimo de las actividades de vigilancia epidemiológica es débil. Así, el 56,4% afirma no contar con los protocolos necesarios para las acciones; un 67,7% manifiesta no tener los insumos necesarios para el diagnóstico; un 55,2% considera que hay limitaciones para la provisión de insumos para la toma de muestras y un 67,1% sostiene que el establecimiento no dispone de los tratamientos necesarios para esta enfermedad, lo que resulta crítico para un sistema de vigilancia basado en la captación de casos. En lo que respecta a los medios de comunicación para referencia y reporte de casos, el porcentaje de trabajadores que afirma tener algún nivel de dificultad es similar al expresado para el caso de la malaria (37,5%). Es importante destacar la elevada proporción de trabajadores que mencionan limitaciones en la disponibilidad de mapas epidemiológicos para esta enfermedad en la zona, lo que se explica por la
introducción reciente de la vigilancia de este daño en los servicios.

Con respecto a las acciones de vigilancia epidemiológica de la fiebre amarilla se observa un consenso en las percepciones de los trabajadores de salud encuestados. Así, un 50,9% afirma no disponer de protocolos o manuales de manejo de la enfermedad; un 59,9% identifica deficiencias en la disponibilidad de insumos para la toma de muestras; 65,2% menciona limitaciones en la disponibilidad de tratamiento para los casos y un 48,4% refiere limitaciones en la existencia de mapas epidemiológicos de la zona.

### Tabla 1: Percepción del personal de salud sobre los medios y recursos disponibles para la vigilancia epidemiológica en el valle del río Apurímac y La Convención por tipo de enfermedades: porcentajes de disfunciones o carencias

<table>
<thead>
<tr>
<th>Desarrollo de componentes específicos de la vigilancia</th>
<th>Porcentaje de disfunción según zona de aplicación</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>UTES San Francisco</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Vigilancia epidemiológica de malaria</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Cuentan con protocolos de vigilancia, diagnóstico y tratamiento</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Microscopio operativo</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td>Insumos para el diagnóstico</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>Insumos para la toma de muestras</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Tratamientos para casos</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Medios de comunicación</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td>Mapa epidemiológico local</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Vigilancia epidemiológica de hepatitis</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Cuentan con protocolos de vigilancia, diagnóstico y tratamiento</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>Insumos para el diagnóstico</td>
<td>66</td>
</tr>
<tr>
<td>Insumos para la toma de muestras</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>Tratamientos para casos</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>Medios de comunicación</td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>Mapa epidemiológico local</td>
<td>57</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Vigilancia epidemiológica de fiebre amarilla

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Diferencia</th>
<th>Error Estadístico</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Cuentan con protocolos de vigilancia, diagnóstico y tratamiento</td>
<td>50</td>
<td>52,1</td>
<td>34</td>
</tr>
<tr>
<td>Insumos para la toma de muestras</td>
<td>58</td>
<td>60,3</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td>Tratamientos para casos</td>
<td>65</td>
<td>67,6</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>Medios de comunicación</td>
<td>37</td>
<td>38,6</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>Mapa epidemiológico local</td>
<td>48</td>
<td>49,9</td>
<td>30</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Vigilancia epidemiológica de bartonellosis

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Porcentaje</th>
<th>Diferencia</th>
<th>Error Estadístico</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Cuentan con protocolos de vigilancia, diagnóstico y tratamiento</td>
<td>75</td>
<td>78,2</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>Microscopio operativo</td>
<td>60</td>
<td>62,4</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>Insumos para el diagnóstico</td>
<td>77</td>
<td>80,2</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>Insumos para la toma de muestras</td>
<td>71</td>
<td>73,9</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>Tratamientos para casos</td>
<td>83</td>
<td>86,5</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>Medios de comunicación</td>
<td>51</td>
<td>53,1</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>Mapa epidemiológico local</td>
<td>78</td>
<td>81,2</td>
<td>26</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Las limitaciones de comunicación son similares a las enfermedades anteriormente descritas (36,6%). En términos generales, los trabajadores consideran que los medios disponibles para las acciones de vigilancia son limitados. Ello es importante, dado el tiempo relativamente prolongado en que se está realizando la vigilancia de la fiebre amarilla en los servicios del primer nivel.

En el caso de la bartonellosis -enfermedad de reciente expansión por la selva sur del país- muchos trabajadores opinan que hay importantes limitaciones para la realización de actividades de vigilancia. Así, un 60,8% de trabajadores refiere deficiencias en la disponibilidad de protocolos de manejo de la enfermedad; 61,2% menciona limitaciones en la provisión de insumos para diagnóstico; 57% sostiene que hay diversos grados de limitación en la provisión de insumos para la toma de muestras y 64,5% afirma no disponer de tratamientos para el manejo de casos de bartonellosis. Las poca disponibilidad de mapas epidemiológicos en la jurisdicción del establecimiento también es mencionada por el 64,2% de los entrevistados.

Como una primera aproximación a los problemas de la vigilancia
epidemiológica en general, se podría decir que el personal percibe importantes deficiencias en la dotación de medios y recursos para la vigilancia epidemiológica y las intervenciones de control. Hay una diferencia notable entre las actividades de malaria y la vigilancia del resto de enfermedades. La favorable percepción de los trabajadores de salud con respecto a las acciones de vigilancia epidemiológica de la malaria está relacionada con la mayor penetración del programa en las actividades del establecimiento de salud, que se explica por un mayor tiempo de ejecución y por la disponibilidad de tecnologías diagnósticas más sencillas y de menor costo.

En el caso de la hepatitis y la fiebre amarilla, en las cuales el diagnóstico se realiza en establecimientos de mayores niveles de complejidad, lo declarado por los trabajadores de salud apunta a que hay limitaciones económicas para sostener intervenciones basadas en la identificación y el tratamiento de casos en daños que requieren de metodologías diagnósticas más complejas. En el caso de la bartonellosis, parte de las limitaciones pueden deberse a la reciente introducción de la enfermedad en la zona. Sin embargo, algunas deficiencias son preocupantes dado el carácter vertical de las acciones de apoyo a la vigilancia de estos daños.

Con respecto a las diferencias entre ambas zonas de aplicación, en el caso de las acciones de vigilancia de malaria se observa una mayor percepción de dificultades en Cusco con respecto a Ayacucho en lo referente a disponibilidad de protocolos (14,1% en Cusco en contraste con 9,6% en Ayacucho), insumos para el diagnóstico (24,4% en Cusco contra 16,6% en Ayacucho) y la existencia de mapas epidemiológicos locales (16,8% en Cusco y sólo 10,3% en Ayacucho). Sólo se observa una mayor percepción de disfunciones en Ayacucho en lo referente al microscopio operativo (31,2% en Ayacucho y 25,7% en Cusco).

Para el resto de programas, la proporción de disfunciones en las actividades de vigilancia es mayor en Ayacucho que en Cusco, en márgenes porcentuales superiores a lo observado en las actividades de vigilancia epidemiológica de malaria. Así, en el caso de la vigilancia de hepatitis existe en Ayacucho una mayor percepción de deficiencias en la existencia de insumos para diagnóstico (68,8% en Ayacucho y 57,9% en Cusco), insumos para la toma de muestras (54,2% en Ayacucho contra 48,7% en Cusco) y mapa epidemiológico local (59,3% en Ayacucho y 41% en Cusco). En este último caso, consideramos que la mayor presencia endémica de la enfermedad -y, por ende, de investigaciones epidemiológicas en el valle de La Convención en
el caso de la hepatitis viral- puede explicar la magnitud de dichas diferencias.

En el caso de las actividades de vigilancia epidemiológica de la fiebre amarilla, se observa una situación semejante a la descrita anteriormente, con una mayor percepción de deficiencias en Ayacucho que en Cusco. Así, el 52,1% de trabajadores de salud de Ayacucho mencionó deficiencias en cuanto a la disponibilidad de protocolos de vigilancia, diagnóstico y tratamiento, contra 43,7% en Cusco. Asimismo se refieren dificultades en la disponibilidad de insumos para la toma de muestras (60,3% en Ayacucho y 49,9% en Cusco), tratamiento para los casos (67,6% en Ayacucho y 53,9% en Cusco) y de mapas epidemiológicos en la localidad (49,9% en Ayacucho y 38,5% en Cusco).

Estos datos nos plantean interrogantes sobre la capacidad de respuesta de los servicios, si consideramos que en 1998 hubo brotes importantes en ambas zonas de aplicación. Ello implica un incremento de la capacidad de respuesta posterior a la epidemia que no se correspondería a la percepción de deficiencias que refieren los trabajadores de ambas zonas de aplicación, en especial en la UTES San Francisco. En lo que se refiere a las diferencias que se observan en la percepción de las acciones de vigilancia de bartonellosis, los trabajadores de salud de Ayacucho muestran una mayor percepción de deficiencias con respecto a Cusco, incluso en porcentajes mayores. Ello se explicaría por la ausencia de focos de transmisión en dicha zona, lo que influiría en el establecimiento de prioridades de abastecimientos de insumos o en la realización de determinadas actividades (levantamiento de mapas epidemiológicos).

Percepción del personal de salud con respecto a la gestión del sistema de vigilancia y los problemas para su adecuado funcionamiento

La mayoría de trabajadores de salud menciona la existencia de reuniones para evaluar la atención (74,1%), y perciben un elevado porcentaje de reporte de casos por parte de la población (70,5%).

Con respecto a la realización de visitas de supervisión el 31,3% de los trabajadores afirma que el establecimiento no recibió ninguna supervisión, un 20% dice que el establecimiento recibió una supervisión, y un 27,5% que los establecimientos recibieron dos visitas de supervisión en el año anterior a la encuesta.

El 54% de los trabajadores entrevistados recibió capacitación en vigilancia sindrómica o en algún tópico relacionado con la vigilancia de dichas
enfermedades.

Con respecto a la existencia de promotores de salud que trabajan con el establecimiento, un 29,5% de trabajadores de salud afirma que tienen entre uno y cinco promotores. Sólo un 35,6% de entrevistados dice trabajar con más de diez promotores de salud.

Con relación a los problemas identificados para el desarrollo de la vigilancia epidemiológica en el establecimiento se mencionaron los siguientes:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabla 2. Problemas identificados por el personal de salud para el desarrollo de las actividades de vigilancia epidemiológica en el valle del río Apurímac y La Convención, junio-julio 2000. n = 174.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Problemas identificados</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>-----------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Accesibilidad geográfica</td>
</tr>
<tr>
<td>Falta de apoyo logístico</td>
</tr>
<tr>
<td>Falta de capacitación al personal</td>
</tr>
<tr>
<td>Falta de medios de radio-comunicación</td>
</tr>
<tr>
<td>Falta tiempo para las actividades de vigilancia</td>
</tr>
<tr>
<td>Falta personal para las actividades de vigilancia</td>
</tr>
<tr>
<td>Falta de coordinación y de referencia en la red de VE</td>
</tr>
<tr>
<td>Falta de movilidad</td>
</tr>
<tr>
<td>Falta de registro o subregistro de casos</td>
</tr>
<tr>
<td>Falta de motivación entre los promotores</td>
</tr>
<tr>
<td>Faltan los formatos de fichas de vigilancia</td>
</tr>
<tr>
<td>Información inoportuna de casos por parte de los promotores</td>
</tr>
<tr>
<td>Falta de motivación del personal para la vigilancia epidemiológica</td>
</tr>
<tr>
<td>Otras dificultades</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabla 3. Análisis de las diferencias de percepción del personal de salud del valle del río Apurímac y La Convención con respecto a los problemas que presenta la vigilancia epidemiológica local, junio-julio 2000</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Problemas identificados</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>-----------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

266
<table>
<thead>
<tr>
<th>Falta de personal para vigilancia</th>
<th>n</th>
<th>%</th>
<th>n</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Falta de motivación entre promotores</td>
<td>4</td>
<td>4,2</td>
<td>3</td>
<td>3,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Falta de medios de radio-comunicación</td>
<td>12</td>
<td>12,5</td>
<td>4</td>
<td>5,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Información inoportuna por parte de los promotores</td>
<td>3</td>
<td>3,1</td>
<td>1</td>
<td>1,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Falta de capacitación a personal</td>
<td>16</td>
<td>16,7</td>
<td>11</td>
<td>14,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Falta de accesibilidad geográfica</td>
<td>19</td>
<td>19,8</td>
<td>12</td>
<td>15,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Falta de registro o subregistro</td>
<td>3</td>
<td>3,1</td>
<td>5</td>
<td>6,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Falta de apoyo logístico</td>
<td>15</td>
<td>15,6</td>
<td>15</td>
<td>19,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Falta de tiempo para actividades de vigilancia</td>
<td>4</td>
<td>4,2</td>
<td>9</td>
<td>11,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Falta de coordinación y contrareferencia</td>
<td>4</td>
<td>4,2</td>
<td>6</td>
<td>7,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Falta de movilidad</td>
<td>6</td>
<td>6,3</td>
<td>3</td>
<td>3,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Faltan formatos para vigilancia</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>4</td>
<td>4,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Falta de motivación del personal para VE</td>
<td>1</td>
<td>1,3</td>
<td>3</td>
<td>3,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Otras dificultades</td>
<td>4</td>
<td>5,1</td>
<td>6</td>
<td>6,3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

En términos generales, ambas zonas de aplicación tienen el mismo perfil de percepción de problemas para la realización de las acciones de vigilancia epidemiológica que el observado cuando se estudia el fenómeno en conjunto.

De esta manera, el problema más señalado fue la accesibilidad geográfica, con un 17,8% (19,8% en Ayacucho y 15,4% en Cusco), seguido por la falta de apoyo logístico con un 17,2% (15,6% en Ayacucho y 19,2% en Cusco), la falta de capacitación al personal con un 15,5% (16,7% en Ayacucho y 14,1% en Cusco) y la carencia de medios de radio-comunicación con 9,2% (12,5% en Ayacucho y 5,1% en Cusco).

En términos generales impresiona que la mayor proporción de problemas en el desarrollo de las actividades de vigilancia epidemiológica esté relacionada con aspectos del entorno (falta de accesibilidad geográfica) o con problemas de la estructura básica del sistema (falta de apoyo logístico o falta de capacitación). Sólo en quinto lugar aparece la falta de tiempo para las actividades de vigilancia, con 7,5% (4,2% en Ayacucho y 11,5% en Cusco) y, en séptimo lugar, la falta de coordinación y de referencia en la red de vigilancia epidemiológica con 5,7% (4,2% en Ayacucho y 7,7% en Cusco).

Consideramos que el perfil de percepción descrito muestra serios problemas
estructurales asociados con la forma como está concebido el modelo de vigilancia epidemiológica para dicho espacio geográfico, además de diversos problemas propios de la sostenibilidad de las acciones de vigilancia previstas. La génesis de algunos de los problemas planteados, como la falta de capacitación, se relaciona con elementos de la oferta de servicios como la rotación de personal, como veremos más adelante.

Las principales soluciones planteadas por los trabajadores de salud con respecto a los problemas de la vigilancia epidemiológica local se observan en la siguiente tabla:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Solución propuesta</th>
<th>Número</th>
<th>Porcentaje</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Mayor capacitación</td>
<td>50</td>
<td>28,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Mejorar el apoyo logístico</td>
<td>28</td>
<td>16,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Dotación de medios de comunicación</td>
<td>20</td>
<td>11,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Mejorar las coordinaciones</td>
<td>12</td>
<td>6,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Estímulo a los trabajadores para realizar VE</td>
<td>11</td>
<td>6,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Mejorar la búsqueda y registro de casos</td>
<td>9</td>
<td>5,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Capacitación a promotores de salud</td>
<td>7</td>
<td>4,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Contar con un medio de transporte</td>
<td>5</td>
<td>2,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Coordinaciones con autoridades comunitarias locales</td>
<td>5</td>
<td>2,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Otras mejoras</td>
<td>12</td>
<td>6,9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Los principales problemas de la vigilancia epidemiológica en el establecimiento identificados por los trabajadores de salud están relacionados con la inaccesibilidad geográfica (17,8%), con la falta de apoyo logístico (17,2%) y con la poca capacitación de personal (15,5%).

En términos generales, la limitada accesibilidad geográfica es una constante que dificulta el sistema de vigilancia, como se expresa en las percepciones del personal. Algunas de las carencias señalar -como la falta de medios de radio-comunicación (9,2%) y de transporte (5,2%)- tienen relación con la dispersión de la población sujeta a vigilancia o con las dificultades de la
La falta de apoyo logístico es el segundo problema identificado: figura con un 17,2% de las respuestas, porcentaje por debajo de las dificultades mencionadas por el mismo personal de salud para la vigilancia de algunas enfermedades como la fiebre amarilla, la hepatitis o la bartonellosis (falta de insumos para diagnóstico, toma de muestra, disponibilidad de tratamientos), que en algunos casos supera el 50%. Es decir, la dificultad se relaciona más con las carencias materiales que con problemas de funcionamiento del sistema de vigilancia.

La falta de capacitación de personal ocupa un tercer lugar en los problemas mencionados (15,5%). Ello resulta muy interesante, pues el 54% de los trabajadores de salud afirma haber recibido algún grado de capacitación. Es importante destacar que la mayoría de trabajadores identifica la mayor capacitación como una solución a los problemas de la vigilancia epidemiológica en el establecimiento de salud. Ello puede interpretarse de diversas maneras. Por un lado, es probable que exista una cultura organizacional que identifica la falta de capacitación como causa de los problemas. Por otro, el hecho de que exista una elevada percepción de la necesidad de una mayor capacitación como alternativa a los problemas, a pesar de la gran proporción de trabajadores capacitados, exige estudiar la calidad, eficacia e impacto real de la capacitación. Esto es muy importante, pues muchas intervenciones locales parten del supuesto de que a mayor proporción de trabajadores capacitados, mejor desempeño de los servicios.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Soluciones identificadas</th>
<th>Ayacucho</th>
<th>Ayacucho</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>%</td>
</tr>
<tr>
<td>Mayor capacitación</td>
<td>28</td>
<td>29,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Mayor apoyo logístico</td>
<td>14</td>
<td>14,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Dotación de medios de comunicación</td>
<td>13</td>
<td>13,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Mejorar coordinación</td>
<td>10</td>
<td>10,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Mejorar la búsqueda y registro de casos</td>
<td>1</td>
<td>1,0</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Estímulo a los trabajadores para realizar acciones de vigilancia epidemiológica
Capacitación a promotores
Contar con movilidad para vigilancia
Coordinación con las autoridades
Mayor número de supervisiones
Mayor identificación del trabajador con el Ministerio de Salud
Otras mejoras

|
| --- | --- | --- | --- |
| 7 | 7,3 | 4 | 5,1 |
| 7 | 7,3 | - | - |
| 5 | 5,2 | - | - |
| 3 | 3,1 | 2 | 2,6 |
| 2 | 2,1 | - | - |
| 1 | 1,0 | 1 | 1,3 |
| 6 | 6,3 | 6 | 7,7 |

En términos generales, ambas zonas de aplicación mantienen el mismo perfil en lo que respecta a las soluciones planteadas. Sólo se observan diferencias relevantes en la necesidad de una mayor coordinación de las acciones de vigilancia en Ayacucho (10,4%), en contraste con el 2,6% de Cusco. Es ilustrativo que sólo en Ayacucho se plantee la necesidad de capacitación para los promotores (7,3%) y que sólo el 3,1% y 2,6% de Ayacucho y Cusco respectivamente propongan coordinar con las autoridades locales. Otro dato revelador es el escaso porcentaje de trabajadores (1% en Ayacucho y 10% en Cusco), que plantea la necesidad de mejorar la búsqueda y registro de casos, lo que quiere decir que el problema de la falta de notificación no se considera importante o se ve como un problema de fácil resolución con mayor logística, capacitación y coordinación.

El concepto de vigilancia síndromica en el personal de salud

El 52,9% de los trabajadores encuestados dice haber recibido capacitación en vigilancia síndromica (54,2% en Ayacucho y 51,3% en Cusco). Nos pareció importante examinar el adecuado manejo del concepto de vigilancia síndromica en las personas que lo están llevando a cabo, pues se hace mejor lo que se comprende. En este sentido, se pidió a los encuestados que, independientemente de su antecedente de capacitación, expresaran libremente qué entienden por vigilancia síndromica. Las respuestas fueron clasificadas en cuatro grupos:

- Definiciones correctas, que hacen referencia a la vigilancia epidemiológica de síndromes describiendo la actividad de vigilancia a los síndromes como al conjunto de signos y síntomas.
• Definiciones aproximadas, que se refieren a la actividad de vigilancia epidemiológica de enfermedades describiendo la actividad de vigilancia a las enfermedades ictero-hemorrágicas específicas.

• Definiciones incorrectas, que aluden a signos y síntomas sueltos o a enfermedades relacionadas describiendo la vigilancia sindrómica como la identificación de signos, síntomas o enfermedades determinadas.

• Definiciones completamente incorrectas, que aluden a elementos que no tienen nada que ver con la vigilancia sindrómica.

La distribución de las diferentes categorías de respuesta de los trabajadores entrevistados se observa en la siguiente tabla:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Definición</th>
<th>Cusco</th>
<th>Ayacucho</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Respuestas correctas, referidas a la vigilancia de síndromes (conjuntos de signos y síntomas)</td>
<td>23</td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>Respuestas aproximadas, referidas a la vigilancia epidemiológica de enfermedades</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Respuestas incorrectas, que aluden a signos y síntomas o a enfermedades sueltas</td>
<td>21</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>Definiciones completamente incorrectas, que aluden a elementos que no tienen nada que ver con la vigilancia sindrómica</td>
<td>7</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>56</td>
<td>70</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>n</th>
<th>%</th>
<th>n</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>48 trabajadores no respondieron</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

En términos generales, en Ayacucho una mayor proporción de trabajadores (54,3%) definieron mejor la vigilancia sindrómica que en Cusco (41,1%). Del mismo modo, en Cusco se observa una mayor presencia de definiciones sesgadas sobre la vigilancia de enfermedades (8,9%) que en Ayacucho (1,4%). Ello muestra que el concepto de enfermedad aún está fuertemente arraigado en importantes segmentos de los trabajadores de salud y, por
ende, todavía se está en una etapa inicial en la introducción de otro tipo de enfoques o concepciones de la vigilancia epidemiológica. Sin embargo, sorprenden los altos porcentajes de respuestas incorrectas y completamente incorrectas del personal de salud, que es precisamente el encargado del sistema: ambas categorías suman 50% en Cusco y 44,3% en Ayacucho.

Para entender la influencia de otros elementos en la asimilación del concepto de vigilancia sindrómica se estudió su relación con el nivel profesional. Los resultados se observan en la tabla siguiente:

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Definición</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Respuestas correctas, referidas a la vigilancia de síndromes (conjuntos de signos y síntomas)</td>
</tr>
<tr>
<td>Respuestas aproximadas, referidas a la vigilancia epidemiológica de enfermedades</td>
</tr>
<tr>
<td>Respuestas incorrectas, que aluden a signos y síntomas o a enfermedades sueltas</td>
</tr>
<tr>
<td>Definiciones completamente incorrectas, que aluden a elementos que no tienen nada que ver con la vigilancia sindrómica</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* 48 trabajadores no respondieron

En términos generales, se observa una mayor proporción de definiciones adecuadas en los profesionales con respecto a los técnicos (58,2% y 37,3% respectivamente). El porcentaje de técnicos que posee definiciones absolutamente inadecuadas sobre la vigilancia sindrómica es alto (27,1%), lo que constituye un problema importante si consideramos al grupo ocupacional de técnicos como la base de la pirámide de vigilancia epidemiológica en el primer nivel de atención. Por su parte, el porcentaje de profesionales de salud con respuestas incorrectas -que aluden a signos y síntomas o a
enfermedades sueltas- es alto (31,3%). En general, como era de esperarse, los profesionales se equivocan menos que los técnicos, pero su porcentaje de error (38,8%) es alto para su nivel de calificación.

Para discriminar el papel del antecedente de capacitación en el año previo a la encuesta se hizo el cruce de las respuestas anteriores con esta variable. Los resultados se observan en la siguiente tabla:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Definición</th>
<th>Con antecedente de capacitación</th>
<th>Sin antecedente de capacitación</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td>n</td>
</tr>
<tr>
<td>Respuestas correctas, referidas a la vigilancia de síndromes (conjuntos de signos y síntomas)</td>
<td>39</td>
<td>49,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Respuestas aproximadas, referidas a la vigilancia epidemiológica de enfermedades</td>
<td>4</td>
<td>5,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Respuestas incorrectas, que aluden a signos y síntomas o a enfermedades sueltas</td>
<td>24</td>
<td>30,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Definiciones completamente incorrectas, que aluden a elementos que no tienen nada que ver con la vigilancia sindrómica</td>
<td>12</td>
<td>15,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>79</td>
<td>100,0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* 48 trabajadores no respondieron

Los resultados muestran que la capacitación no produce una diferencia marcada entre el personal; esto es, no mejora en forma importante su definición de vigilancia sindrómica. Las respuestas correctas sólo aumentan del 46,8% de los no capacitados al 49,4% de los capacitados.

Para tener una idea más clara de la eficacia de la capacitación se estableció la relación entre las definiciones de vigilancia y el antecedente específico de capacitación en vigilancia sindrómica. Los resultados se observan en la tabla siguiente:
### Tabla 9. Definiciones de vigilancia sindrómica (VS), planteadas por el personal de salud según antecedente de capacitación en VS en el último año. Cusco-Ayacucho, junio-julio 2000. n = 126*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Definición</th>
<th>Con antecedente de capacitación en VS</th>
<th>Sin antecedente de capacitación en VS</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>%</td>
</tr>
<tr>
<td>Respuestas correctas, referidas a la vigilancia de síndromes (conjuntos de signos y síntomas)</td>
<td>48</td>
<td>53,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Respuestas aproximadas, referidas a la vigilancia epidemiológica de enfermedades</td>
<td>3</td>
<td>3,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Respuestas incorrectas, que aluden a signos y síntomas o a enfermedades sueltas</td>
<td>28</td>
<td>31,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Definiciones completamente incorrectas, que aluden a elementos que no tienen nada que ver con la vigilancia sindrómica</td>
<td>10</td>
<td>11,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>89</td>
<td>100,0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* 48 trabajadores no respondieron

La comparación entre las dos tablas anteriores arroja resultados muy valiosos para identificar procesos, filtros y bloqueos en la ejecución de la vigilancia sindrómica. En primer lugar, es evidente que la asimilación del concepto de vigilancia sindrómica está relacionada con el antecedente de capacitación específica en el tema, pues los capacitados aciertan en 53,9% y los no capacitados sólo en 35,1%. Sin embargo, el hecho de que el porcentaje de respuestas adecuadas esté en un 53,9% expresa una baja capacidad de transferencia, interacción y asimilación procesadas con las capacitaciones realizadas en los últimos doce meses. Del 100% de capacitados el 42,7% se sigue equivocando, lo que resulta preocupante. Por otro lado, hay un segmento no despreciable de trabajadores sin antecedentes de capacitaciones en vigilancia sindrómica que sí acierta en su definición (35,1%), lo que quiere decir que la introducción de un nuevo enfoque en la cultura del personal de salud no es sinónimo de capacitación, pues ha ocurrido por autoinstrucción (lo cual aparece consignado en algunas encuestas), por actividades de réplica local o por el trabajo cotidiano que ha permitido su transmisión al personal no capacitado. Sin embargo, los resultados muestran que todavía estamos en una etapa inicial de apropiación...
del concepto de vigilancia sindrómica.

Un acápito especial merece el análisis del casi un tercio de trabajadores de salud que definen la vigilancia sindrómica en torno a definiciones de signos y síntomas o de enfermedades. Por un lado, es posible que el concepto de enfermedad sea una categoría de fuerte arraigo, tanto por la tradición profesional como por algunas definiciones operacionales manejadas en la vigilancia. Por otra parte, podría estar expresando una asimilación parcial de categorías complejas para los profesionales. En todo caso, estudios más profundos nos darían mayores luces para comprender dicho proceso.

Percepción del personal sobre las dificultades en el uso de la ficha de vigilancia comunal

Un 22,4% de los encuestados afirmó haber trabajado en vigilancia sindrómica comunal. De los 39 trabajadores de salud que dijeron haber desarrollado este tipo de estrategia de vigilancia, once (28,2%) refirieron que la ficha es compleja o que presenta categorías que inaccesibles para los promotores, cuatro (10,2%) declararon que los promotores no acostumbran registrar observaciones o casos, y un porcentaje similar planteó que la dificultad radica en que los promotores se dedican a actividades agrícolas, lo que les quita tiempo para las actividades de vigilancia. De los 39 trabajadores que dijeron usar la ficha, veintidós (56,4%) mencionaron algún tipo de impacto. Sin embargo, en muy pocos casos identifican como impacto un incremento en la notificación sino más bien la sensibilización de la población y de los promotores con respecto a la vigilancia. Incluso en un caso identificaron como impacto el uso de la ficha como historia clínica por el personal de salud.

Con respecto a las particularidades de la vigilancia sindrómica comunal en las dos zonas de estudio, según las percepciones del personal de salud la puesta en marcha de la vigilancia sindrómica es ligeramente mayor en Cusco (24,4%) que en Ayacucho (20,8%). En la siguiente tabla se presenta una comparación de las principales dificultades identificadas por el personal de salud para el uso de la ficha comunal según zona de aplicación:

<p>| Tabla 10. Análisis de las diferencias de percepción de los trabajadores de salud de Cusco y Ayacucho con respecto a los problemas que presenta el uso de la ficha | 275 |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Problemas identificados</th>
<th>Ayacucho (n = 20)</th>
<th>Cusco (n = 19)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Falta de costumbre de registro</td>
<td>1 5,0</td>
<td>3 15,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Ficha de vigilancia comunal compleja</td>
<td>8 40,0</td>
<td>3 15,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Los promotores se dedican a la actividad agrícola</td>
<td>2 10,0</td>
<td>2 10,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Falta de accesibilidad de los promotores al establecimiento</td>
<td>-</td>
<td>2 10,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Notificación tardía por parte de los promotores</td>
<td>1 5,0</td>
<td>2 10,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Poca discriminación de signos por parte de los promotores</td>
<td>-</td>
<td>1 5,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Deficiente formato de la ficha</td>
<td>-</td>
<td>1 5,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Falta de capacitación a promotores</td>
<td>2 10,0</td>
<td>1 5,2</td>
</tr>
<tr>
<td>No hubo casos</td>
<td>1 5,0</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Otras dificultades</td>
<td>-</td>
<td>2 10,5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Se nota que el personal de Cusco es más sensible a la falta de costumbre de registro (15,7% contra 5% en Ayacucho) y a la notificación tardía de los promotores (10,5% contra 5% de Ayacucho), mientras que el personal de salud de Ayacucho se queja más de la complejidad de la ficha (40% contra 15,7% de Cusco) y de la falta de capacitación a los promotores (10% contra 5,2% de Cusco).

**Dificultades percibidas para el desarrollo de la vigilancia sindrómica en el establecimiento de salud**

El 44,8% (n = 78) de los trabajadores de salud mencionaron dificultades para el desarrollo de actividades de vigilancia sindrómica en el establecimiento de salud. Sin embargo un 32,7% (n = 57) no respondió a la pregunta, lo que indicaría ciertas reservas con respecto al funcionamiento del sistema. Este elevado porcentaje de no respuestas fue similar en ambas zonas de aplicación (31,3% en Ayacucho y 33,7% en Cusco). Sólo un 22,4% afirmó no tener dificultades para las acciones de vigilancia sindrómica (24%
en Ayacucho y 20,5% en Cusco).

De los 78 trabajadores de salud que dijeron tener alguna dificultad, la proporción de problemas declarados es la siguiente:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Problemas identificados</th>
<th>Número</th>
<th>Porcentaje</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Falta de capacitación al personal</td>
<td>26</td>
<td>33,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Falta de apoyo logístico</td>
<td>23</td>
<td>29,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Falta de accesibilidad al establecimiento</td>
<td>11</td>
<td>13,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Falta de colaboración y motivación del trabajador</td>
<td>8</td>
<td>9,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Mal llenado de la ficha clínica</td>
<td>6</td>
<td>7,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Defectos de la ficha</td>
<td>4</td>
<td>4,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Falta de colaboración o resistencia de la población</td>
<td>4</td>
<td>4,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Elevada rotación del personal</td>
<td>3</td>
<td>3,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Falta de notificación oportuna</td>
<td>2</td>
<td>2,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Falta de capacitación a los promotores</td>
<td>2</td>
<td>2,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Complejidad de los términos de la ficha para los técnicos</td>
<td>1</td>
<td>1,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Reporte tardío de la comunidad</td>
<td>1</td>
<td>1,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Saturación de actividades del personal</td>
<td>1</td>
<td>1,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Otras dificultades</td>
<td>3</td>
<td>3,9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Se observa que los problemas mencionados más frecuentemente por los trabajadores de salud son la falta de capacitación, de apoyo logístico y de accesibilidad. Ello implica que los problemas estructurales que presenta la vigilancia en general atraviesan el desarrollo de la vigilancia sindrómica. Sin embargo, el cuarto problema en importancia (9,6%) es la falta de motivación y colaboración del trabajador, lo que implica desde ya un obstáculo importante para el desarrollo de la propuesta.

Es sumamente interesante que los aspectos que podrían considerarse centrales en una intervención de este tipo aparecen en forma minoritaria. Así, figuran el mal llenado de la ficha clínica (7,2%), la necesidad de mejoras de la ficha (4,8%) y la falta de capacitación de los promotores (2,6%), lo que revela un desarrollo todavía incipiente de la experiencia.
Un análisis diferenciado de los problemas identificados por los trabajadores de salud en las diferentes zonas de aplicación se observa en la tabla siguiente:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Problemas identificados</th>
<th>Porcentaje según zona de aplicación</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Ayacucho (n = 43)</td>
</tr>
<tr>
<td>Falta de capacitación</td>
<td>12 (27,9%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Falta de material logístico y de laboratorio</td>
<td>13 (30,2%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Falta de colaboración y motivación del trabajador</td>
<td>3 (6,9%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Mal llenado de la ficha de vigilancia sindrómica</td>
<td>2 (4,6%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Baja accesibilidad al establecimiento</td>
<td>3 (6,9%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Bajo número de promotores operativos</td>
<td>2 (4,6%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Falta de colaboración / resistencia de la población</td>
<td>3 (6,9%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Deficiencia de la ficha de vigilancia sindrómica</td>
<td>1 (2,3%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Elevada rotación de personal</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Reporte tardío de casos en la comunidad</td>
<td>1 (2,3%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Saturación de actividades del personal</td>
<td>1 (2,3%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Falta de capacitación de promotores</td>
<td>2 (4,6%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Otras dificultades</td>
<td>-</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Porcentaje calculado en función de los trabajadores que refieren dificultades.

Con respecto a las soluciones propuestas para resolver los problemas de la vigilancia sindrómica tenemos las siguientes:

| Tabla 13. Soluciones a los problemas identificados para el desarrollo de las actividades de vigilancia sindrómica planteadas por los trabajadores de salud. Cusco–Ayacucho, junio-julio 2000. n = 78. |
En las soluciones planteadas se mantiene claramente la tendencia anterior, es decir, la fuerte percepción de la capacitación como la solución a los problemas (60,2%). Además -lo que como ya vimos puede obedecer a toda una cultura organizacional sobre cómo enfrentar problemas- factores estructurales como la falta de insumos también son relevantes en la percepción de los trabajadores de salud (28,2%). Es significativo que figure en tercer lugar y cuarto lugar la necesidad de una motivación a los promotores y trabajadores de salud (12,8% y 9,6% respectivamente). Ello es un indicador de problemas directamente relacionados con la política de recursos humanos en la vigilancia epidemiológica. La presencia de un bajo porcentaje de propuestas para mejorar la ficha y una mayor capacitación a promotores (4,8% y 2,6% respectivamente) revela el incipiente grado de penetración de la propuesta en el trabajo de vigilancia epidemiológica en los establecimientos de salud.

En cuanto a las soluciones planteadas a los problemas diferenciados según zona de aplicación, los resultados se expresan en la siguiente tabla:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Solución propuesta</th>
<th>Número</th>
<th>Porcentaje</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Mayor capacitación</td>
<td>47</td>
<td>60,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Mejorar el apoyo logístico</td>
<td>22</td>
<td>28,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Motivar a los promotores</td>
<td>10</td>
<td>12,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Motivar a trabajadores de salud para VE</td>
<td>8</td>
<td>9,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Dotación de medios de comunicación</td>
<td>7</td>
<td>8,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Dotación de medios de radio-comunicación</td>
<td>7</td>
<td>8,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Mayor supervisión y participación del trabajador</td>
<td>6</td>
<td>7,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Mejorar ficha</td>
<td>4</td>
<td>4,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Dotar de movilidad al establecimiento</td>
<td>4</td>
<td>4,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Capacitación a promotores de salud</td>
<td>2</td>
<td>2,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Otras mejoras</td>
<td>6</td>
<td>7,2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

En cuanto a las soluciones planteadas a los problemas diferenciados según zona de aplicación, los resultados se expresan en la siguiente tabla:

<p>| Tabla 14. Percepción de los trabajadores de salud de Cusco y Ayacucho con respecto a las soluciones a los problemas que presenta la vigilancia sindrómica local, junio-julio 2000.* |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Problemas identificados</th>
<th>Ayacucho (n = 43)</th>
<th></th>
<th>Cusco (n = 35)</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Incrementar motivación de los promotores</td>
<td>3</td>
<td>6,9</td>
<td>7</td>
<td>20,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Mantener la estabilidad del personal</td>
<td>1</td>
<td>2,3</td>
<td>2</td>
<td>5,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Mejorar los medios de comunicación</td>
<td>3</td>
<td>6,9</td>
<td>4</td>
<td>11,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Mayor apoyo logístico para vigilancia</td>
<td>12</td>
<td>27,9</td>
<td>10</td>
<td>28,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Mayor capacitación</td>
<td>25</td>
<td>58,1</td>
<td>22</td>
<td>62,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Supervisión participativa</td>
<td>3</td>
<td>6,9</td>
<td>3</td>
<td>8,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Mejorar ficha de vigilancia</td>
<td>3</td>
<td>6,9</td>
<td>1</td>
<td>2,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Mejorar sistemas de referencia y contrareferencia</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>3</td>
<td>8,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Estimular y motivar a los trabajadores de salud</td>
<td>2</td>
<td>4,6</td>
<td>6</td>
<td>17,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Provisión de movilidad para vigilancia</td>
<td>4</td>
<td>9,3</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Provisión de formatos de vigilancia</td>
<td>1</td>
<td>2,3</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Capacitación a promotores</td>
<td>1</td>
<td>2,3</td>
<td>1</td>
<td>2,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Otras soluciones</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>6</td>
<td>17,1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Porcentaje calculado en función de los trabajadores que refieren dificultades

Si se resumiesen los resultados de la encuesta aplicada al personal de salud sobre la vigilancia sindrómica se podría decir que, al poco tiempo de su puesta en marcha, los trabajadores perciben sus recursos limitados y desiguales, sus respuestas revelan que la capacitación sobre vigilancia sindrómica todavía es insuficiente y de poco impacto. Asimismo, aún predominan conceptos incorrectos o parciales de la vigilancia sindrómica en el personal de salud, que percibe diversas dificultades para la aplicación de la vigilancia sindrómica concentradas en tres factores: capacitación, apoyo logístico y motivación.

6.2. Percepciones y actitudes del personal de salud sobre la vigilancia sindrómica
Para efectos de una lectura más profunda acerca de lo que está sucediendo con la vigilancia sindrómica y por qué, se incorporó un módulo de preguntas sobre este tema en la guía de entrevistas en profundidad al personal de salud. Éstas se realizaron con 33 trabajadores de ambos valles: doce en Ayacucho y veintiuno en Cusco. Por esta vía, que apela ya no a opiniones controladas en el tiempo -como la encuesta- sino a diálogos más flexibles y prolongados, se han logrado complementar los hallazgos anteriores con las percepciones y actitudes del personal con relación a la vigilancia sindrómica.

Lo primero que llama la atención en el análisis de las entrevistas es que la percepción de los directivos de las redes de servicios centra buena parte del problema de la vigilancia en las dificultades para el llenado y uso de la ficha por el personal técnico, y sobre todo por los promotores. Esta actitud de crítica constructiva ha llevado a serios intentos por simplificar la ficha, aunque como dijimos, los cambios producidos no se conocen en los establecimientos base o aún se consideran insuficientes. Para este proceso de simplificación de la ficha se han organizado reuniones con el personal de salud y recogido sus sugerencias, pero no se ha hecho lo mismo con los promotores. De esto hay muchas muestras en las entrevistas, como se puede apreciar a continuación:

E: ¿Y los promotores, y la comunidad han aportado algo a la ficha?.. O a esta otra ficha que ustedes han elaborado?
R: No.
E: ¿Todo ha partido del personal?
R: Del personal.

Sólo uno de nuestros entrevistados mostró una actitud crítica ante las definiciones de caso asumidas para determinar enfermedades consideradas dentro del SIFHA, diciendo que ésa es una de las razones por las que aún hay subregistro:

E: ¿En los últimos nueve meses ha bajado esta problemática de los síndromes?
R: Lo que pasa es que el concepto de sindrómico icterhemorrágico incluye algunos criterios que aumentan la especificidad de la definición, de manera que, por ejemplo, si un paciente tiene hepatitis B y queremos que sea incluido dentro del sindrómico icterhemorrágico debe padecer un cuadro severo, un cuadro grave. Si es un paciente ambulatorio no va a estar incluido. La definición es muy clara: dice, paciente sindrómico...
ictérico agudo, más enfermedad grave. Entonces muchos de estos daños en los cuales se cruza con una infección típica leve o moderada no necesariamente van a estar incluidos dentro del síndrome icterhemorrágico (director de establecimiento, el subrayado es nuestro)

En el personal de los niveles más operativos hay una mayor diversidad de actitudes sobre la vigilancia sindrómica, según la posición que se tiene dentro de la compleja organización de la vigilancia o de la atención al paciente.

Las percepciones y actitudes de los encargados de la vigilancia epidemiológica y sindrómica expresan un compromiso con el nuevo sistema de vigilancia pero, a la vez, cierta desconfianza sobre la idoneidad técnica del resto del personal de las redes para hacer bien la notificación. Parecería que la compartimentacion de actividades por programas u oficinas que actúan en paralelo hasta los puntos más periféricos de las redes sólo favorece la detección de casos si hay relaciones armoniosas y eficientes entre el personal del establecimiento y los encargados de la vigilancia. Por eso, en las entrevistas a personal de hospitales o cabezas de microrred hay una actitud dual: por un lado, cierta desconfianza en la capacidad de los otros técnicos –e incluso profesionales– que no sean del programa, y por otro, el reconocimiento de la necesidad de integrar a todos en “su” tarea. Si el establecimiento es más complejo, la “dependencia” de otras instancias para realizar la vigilancia sindrómica genera esta actitud. Esto quedó demostrado en las respuestas de los biólogos laboratoristas, quienes no creen en la capacidad de los médicos nuevos para detectar adecuadamente los síndromes que estamos estudiando, o en la actitud de algunas enfermeras, que no confiaban en el personal técnico ni en los promotores y preferían salir del establecimiento para verificar personalmente cada supuesto caso o enviar a otros profesionales. Las actitudes de desconfianza se manifiestan en el primer ejemplo hacia el personal contratado y en el segundo hacia el personal subalterno.

Algunos directivos y miembros del personal de los diferentes niveles de ejecución mencionan el poco conocimiento del personal y los posibles errores diagnósticos a los que puede llevar, pero no los reconocen en ellos mismos sino que los atribuyen a los otros (el resto del personal o la población). Es decir, la actitud de algunos entrevistados del programa de metaxénicas es de inculpación a los que no son del programa, y nadie asocia la confusión del personal con la que pueda tener la población en sus prácticas.
Paralelamente, las dificultades en la realización de las actividades se traducen en actitudes de insatisfacción, rechazo y hostilidad hacia otros compañeros de trabajo o hacia el director del establecimiento. En muchas entrevistas hemos notado que tras los discursos personales inculpatorios sobre los demás compañeros de trabajo está la inseguridad de la misma persona, que la lleva a atribuir los problemas al “otro”. Los problemas se manifiestan como inseguridades, porque las soluciones aparecen como “externalidades”, muy lejos del alcance de los encargados de la vigilancia. A veces el personal de salud no puede cumplir cabalmente la función que se le encomendó porque la solución es sistémica y no depende de ellos. En este tipo de situaciones, denominadas por los sicólogos como “locus de control externo”, lo que pasa finalmente con el sujeto no está en sus manos. Algo de ello se expresa en las entrevistas con los encargados de la vigilancia.

Por otro lado, las entrevistas en profundidad sacan al primer plano un problema que en las encuestas aparece muy marginalmente: la alta rotación del personal en periferia en estas zonas rurales. En las entrevistas en profundidad este problema se coloca en un lugar relevante. La percepción de la rotación de personal como un problema para las actividades de vigilancia es alta en las entrevistas a profundidad, tanto en aquellas con profesionales de los niveles de dirección como también con los promotores y pobladores. Todos coinciden en señalar el constante cambio de personal como una pérdida constante de capacitaciones efectuadas in situ.

Hacen muchos cambios de personal. Personal nuevo viene y va a desquadrar todo aquí. Personal que es capacitado se ha ido, entonces, ¿qué haces? Primeramente para notificar un caso de ictero-hemorrágico hay que saber la definición del caso, el síndrome febril icterico hemorrágico y el síndrome icterico agudo, Entonces ese concepto y esa definición no tiene bien claro el personal nuevo, razón por la cual no están enviando las muestras. Porque si ellos supieran definir bien, estuvieran mandando acá (entrevistado de dirección de Unidad Territorial).

¿Qué dificultades tiene en el hospital para el programa de vigilancia?

En el hospital no están capacitados para detectar. En médicos mismos es una pena. Yo le puedo decir, acá yo he trabajado con médicos que entran a consultorio en Emergencia y no saben la definición del caso. Los están dejando escapar. Simplemente no están captando esos pacientes (profesional de hospital).

Pareciera que esta percepción de limitaciones e imperfección de agudeza
diagnóstica es compartida por algunos de los miembros del personal de los establecimientos operativos y no tiene que ver únicamente con la rotación del personal. Para algunos, por ejemplo, la fiebre amarilla es una epidemia reemergente a la que no se le dio importancia en el pasado. Al parecer, el énfasis de la actividad sanitaria en ambos departamentos estaba muy focalizada en determinadas enfermedades, lo que se expresó en una baja sensibilidad para captar nuevas patologías y procesos epidemiológicos. Para la mayor parte del personal, algunas de las enfermedades asociadas a los síndromes que estudiamos son algo nuevo que han tenido que ir aprendiendo en los últimos tiempos.

Bueno, hace dos años que por primera vez se reportaban estos casos de fiebre amarilla que hubo en silencio desde hace diez años. Como hemos hablado hace un momento, ésta es una enfermedad reemergente (directivo de cabecera de red).

E: ¿Qué importancia tienen estas enfermedades para la comunidad?
R: Antes nosotros mismos tranquilísimos hemos estado de fiebre amarilla, ¿no? No había señas, no había nada. A consecuencia de esto, vienen a capacitarnos en lo que es este síndrome de hemorragia aguda. Aparte, empezamos a educar a la población mediante los promotores; pero yo les podría decir que todavía no pega como otras enfermedades que son endémicas de esta zona. Así, la comunidad, como hay muchas hepatitis, puede confundirla con hepatitis. Entonces tenemos que hacer capacitación profunda y sencilla, pero a la vez comunitaria, porque con la charla tampoco funciona (enfermera de hospital).

Como expresa uno de los funcionarios del equipo de gestión de una de las redes, ha habido un sesgo expresado en el énfasis unilateral en algunas patologías:

E: Si esa gente de Salud Básica ha llegado a los pueblitos más alejados, ¿ha ayudado también?
R: Sí, la gente tiene una jurisdicción de la cual es responsable y llega a esa jurisdicción. Lo que pasa es que el programa de Salud Básica es propenso a sesgar un poco su visión de los problemas. Tiene un lado positivo y un lado negativo. El lado positivo es que da prioridad a un problema principal, y el lado negativo es que si él mismo no está muy enterado de un problema no lo toca. Entonces, probablemente las poblaciones hayan recibido bastante información y conozcan bastante de malaria, pero no conocen casi nada de fiebre amarilla. El mismo personal
que presta el servicio de salud no ha interiorizado la importancia de la enfermedad, sesga todo para malaria y no toca nada de lo otro (directivo de cabecera de red).

Otra dificultad, percibida a veces como un problema de relaciones interpersonales, es la separación de la ejecución de acciones entre los programas específicos, que si bien confiere una relativa autonomía a los ejecutores, los distancia de la posibilidad de resolver problemas de diagnósticos iniciales equivocados o de ampliar recursos aprovechando que todos están actuando en la relación cabecera de red-microrredes-establecimientos.

E: ¿Qué entrenamiento existe para los protocolos en cuanto a los casos?

R: Sí hay un protocolo. Hemos elaborado algunos otros, adaptando, claro, ¿no? Tenemos protocolo de atención de fiebre amarilla, eso sería dentro de los sistemas; tenemos protocolo de atención de malaria, de leishmania, pero dentro de sus programas, porque hay veces que es malaria, entonces no pueden romper la norma (enfermera de hospital).

Algunas entrevistas revelan otra faceta de este problema, relacionada con la especialización y limitada integración de los programas. El personal de salud entrevistado relató sus experiencias y opiniones sobre las muertes por casos del SIFHA, explicando que en algunos casos ocurrieron porque los pacientes acudieron muy tarde a los establecimientos, pero en otros, por errores diagnósticos en estadios aún reversibles de la enfermedad. Algunos de los relatos indican que algunos pacientes del SIFHA fueron tratados por otra enfermedad, y sólo cuando los signos más saltantes o más específicos del síndrome -vómitos de sangre y defecación negra- hicieron regresar al paciente, se presumió en el establecimiento que se trataba de alguna de las enfermedades asociadas con dichos síndromes.

Estos hechos nos llevan a pensar que probablemente la excesiva especialización a la que lleva la atención en los programas aumente la dificultad de comunicación entre el personal dentro del mismo establecimiento: los que no son del programa saben poco y no consultan, y aun dentro del mismo programa de enfermedades metaxénicas se considera que se tiene mayor “experticia” en el tratamiento de enfermedades metaxénicas endémicas (malaria y leishmaniasis) que en fiebre amarilla y otras asociadas a los síndromes.

Por último, hay una percepción diferente de los problemas de la vigilancia sindrómica y de la forma de resolverlos entre los profesionales que se
encuentran en el nivel intermedio (cabeceras de redes) y los que trabajan en establecimientos de primer nivel. Para algunos entrevistados de las cabeceras de red, la organización de vigilancia y control del síndrome está marchando bien. Señalan que los posibles problemas de lenguaje técnico de la ficha han sido resueltos con modificaciones locales y, por tanto, la vigilancia y el control se están ejecutando con la participación de los promotores.

Ya se ha hecho bastante trabajo con la misma gente de las comunidades, que son los agentes comunitarios, los promotores de salud e incluso se está manejando un tipo de fichas especiales para ellos donde puedan reportar con sus palabras, fichas donde no empleamos terminología médica ¿no?, no tan científica. Entonces, ellos, en un idioma que ellos entienden ¿no? y puedan reportarlo (entrevista a enfermera de uno de los equipos de gestión de redes).

La percepción del personal de periferia es un tanto distinta; en este caso aparecen varias facetas nuevas. Por un lado, la ficha de vigilancia sindrómica se usa muy poco o, simplemente, se desconoce. En general, los promotores prefieren la notificación oral y el personal de periferia piensa que el lenguaje de la ficha es muy complicado para los promotores, pese a la información recibida sobre sucesivas simplificaciones y adecuaciones. Además, las entrevistas revelan que, aunque el paciente declare tener alguno de los síntomas o signos especificados, el personal técnico o profesional no médico de los establecimientos de primer nivel no se siente lo suficientemente seguro como para aplicar la ficha y prefiere dejar esa decisión en manos del médico, lo que contradice el objetivo mismo de la vigilancia sindrómica -y de la ficha como su instrumento.

Ah, ya, ¿cuándo aparece esto? Lo primero es llamar al médico. El médico le hace el examen y según, ¿ya?, me pide la ficha de icterhemorrágico. Si amerita empieza a llenar la ficha, si el paciente está grave inmediatamente hay hospitalización y el manejo según el protocolo (enfermera de puesto de salud).

Otra entrevistada relató que no tenían una ficha especial para el promotor sino únicamente pautas para elaborar informes mensuales, incluyendo descripciones de algunos signos o síntomas tales como la presencia de color amarillo o sucesos de vómitos negros. Si aparecen esos datos en el informe, el personal llena la ficha:

 Para qué le voy a decir que sí, no tiene una ficha el promotor. Lo que
hemos hecho es elaborar como una ficha para su informe mensual, que nos
trae a nosotros esta persona añadiendo que reporte si está amarillo y
otros signos. pero netamente icterhemorrágico no hemos elaborado
(enfermera de puesto de salud).

Las entrevistas con promotores confirman lo manifestado por los
profesionales de los puestos y centros de salud en el sentido de que los
promotores no usan la ficha. Sin embargo, en los grupos focales con
promotores donde se mostró y discutió cada uno de los ítems de la ficha se
puso apreciar que éstos tenían un nivel aceptable de comprensión y
posibilidad de manejo de la misma. Es más, se recogieron algunas precisiones
que adecuarían la ficha a las especificidades de las zonas rurales selváticas
y que la harían más clara para el personal y para los promotores. Por
ejemplo, para consignar las viviendas se emplean categorías de una
organización habitacional urbana (manzana, lote, etcétera) que no existe en
las pequeñas localidades rurales: allí basta preguntar por el nombre porque
todos se conocen. Otra observación hace referencia a que en la ficha sólo
existe la distinción entre distrito y comunidad pero no la de “pago”, que es
muy importante. Asimismo, criticaron la imprecisión de aquel punto en el que
se pregunta quién ha visto monos muertos, pues según ellos no se entiende si
se refiere a cualquier miembro de la familia o sólo al enfermo. Sugirieron
reemplazar algunos términos, como escribir “patrón” en lugar de
“empleador” o “caca de color negro” en lugar de “caca como brea” (la brea es
un elemento desconocido en ese medio rural, pero podría simplificar el signo
en un medio urbano). No cabe duda de que la ficha de vigilancia sindrómica
debería tener adecuaciones regionales.

6.3. El debate de los actores sobre la vigilancia sindrómica: los talleres
de problematización y validación

Para debatir sobre la vigilancia sindrómica y la ficha de vigilancia se
desarrollaron en ambas zonas talleres de problematización y validación. Para
el valle de La Convención se realizaron dos: uno en el hospital de
Quillabamba, con un grupo de veintiséis promotores de salud, y otro con un
groupo de doce médicos, enfermeras y técnicos relacionados con las
actividades de vigilancia epidemiológica del primer nivel de atención. Para el
valle del río Apurímac se realizó en un solo grupo, en el hospital de San
Francisco, con la participación de 42 invitados. En ambos casos asistieron
personal de salud, promotores y representantes de la comunidad.

En los talleres las preguntas que sirvieron como ejes de la discusión fueron: “¿Qué se debería hacer para tener una vigilancia eficaz?” y “¿Qué se debe priorizar para llevar a cabo una vigilancia epidemiológica de enfermedades que cursan con síndrome febril hemorrágico agudo y síndrome ictérico agudo?”. Estas preguntas estaban dirigidas a comprender e identificar las principales condiciones dependientes del sistema de salud local y de la comunidad para la puesta en marcha, operatividad y sostenibilidad del sistema de vigilancia sindrómica comunal. La discusión en torno a la pregunta anterior se orientó hacia la forma de hacer de la vigilancia de signos y síntomas algo útil, cuáles eran las dificultades para lograr la participación de la comunidad y cómo programar actividades conexas de información, educación y comunicación, obviamente con mayor énfasis en el caso de los trabajadores de salud.

En la discusión de los talleres se percibió claramente que el sistema de vigilancia sindrómica comunal era conocido y valorado por el personal de salud participante. En el caso del Cusco los participantes plantearon que el modelo existe desde 1998, cuando empezó a ejecutarse en tres centros de salud (Echarate, Quellouno y Kiteni). Según los testimonios de los participantes, el sistema se ha intentado expandir al resto de la UBAS Santa Ana. Los médicos afirmaron que el material de vigilancia debía ser adaptado a las características de los grupos de población con los que se trabajaba. Asimismo, manifestaron que los promotores esperaban demasiado para hacer sus actividades, hasta que tenían algún tiempo libre, para llevar el caso sospechoso a un establecimiento de salud. A veces lo enviaban con una nota, pero no usaban la ficha. En ese sentido, los médicos consideraban la ficha como un instrumento muy rígido.

Otras reflexiones que surgieron en el taller de profesionales de la salud giraban en torno a la operatividad del sistema de referencia y contrarreferencia de la vigilancia. En ese sentido se señaló que hay algunas debilidades, como la lenta respuesta del laboratorio de la red y del nivel central para procesar las muestras. Asimismo se puso énfasis en que las normas no son adecuadas, pues según ellas sólo deben procesarse las muestras de laboratorio de casos relacionados con el síndrome febril ictérico-hemorrágico agudo cuando, según el personal, también es importante que se analicen las muestras de suero recolectadas en pacientes portadores de síndrome febril ictérico agudo, ya que debido a las características nosológicas locales hay patologías que podrían...
diagnosticarse tempranamente.

Otra debilidad del sistema de vigilancia referida en el taller fueron las limitaciones para el apoyo logístico: existiría un insuficiente suministro de materiales de información y registro, insumos y medicamentos. Un problema cada vez más preocupante es la poca disponibilidad de tratamientos para los casos graves o complicados de hepatitis viral. Hay una gran expectativa por un mayor apoyo técnico y logístico de la cabecera de red para resolver estas carencias. Algo que creaba confusión era que las actividades del programa de bartonellosis estaban descoordinadas de las acciones de vigilancia epidemiológica en general. Ello sugería una vez más una coexistencia de varios programas que mantenían débiles relaciones entre sí.

Los promotores participantes plantearon que era necesario organizar actividades de educación para los médicos sobre “el sentir de la gente”, es decir, sobre las percepciones, prácticas y costumbres de la población con respecto a la salud y la enfermedad. Una señora promotora de salud hizo una declaración sentida y dramática sobre la ficha vigilancia comunal: según ella no bastaba traducir al quechua “literalmente” los términos del instrumento, sino que era necesario comprender los sentimientos y el significado de las cosas en la otra cultura. Asimismo, los promotores demandaron mayor capacitación.
La dispersión poblacional, las altas tasas de ruralidad, la falta de vías de comunicación y las tasas de analfabetismo influencian en el predominio de la comunicación oral sobre la escrita y la comunicación interpersonal sobre la masiva. Así, hay un escaso desarrollo de la “esfera pública”. Esta situación embrionaria de lo público se expresa en la debilidad de los medios masivos, la poca ventilación pública de los asuntos de gobierno zonales o locales y el predominio de la democracia directa en las comunidades y organizaciones sociales sobre las instancias de representación. En la ceja de selva y selva se superponen dos planos: la comunicación por abajo es fragmentada, interpersonal, mientras la radio funciona transversalmente como un vínculo que dota de unidad relativa a los valles o provincias.

7.1. La comunicación en el valle de San Francisco

En el valle del río Apurímac la principal forma de comunicación es la directa: interpersonal y grupal, las mismas que se dan en los momentos de reunión: en la familia, las asambleas comunales, los días de cosecha, las ferias y las actividades en la plaza pública.

En los pueblos principales los domingos generalmente hay ferias a las que acude la población de la comunidad y la de los pueblos cercanos y anexos.

Con relación a los medios masivos, los periódicos sólo llegan a los centros poblados más importantes con un día de atraso y hay escasa lectura de los mismos. Igual sucede con la televisión, que llega únicamente a los escasos centros urbanos y a unos cuantos pueblos más que tienen luz o antenas parabólicas, y sólo se pueden ver algunos canales. Se verifica que la radio es el medio principal que conecta las poblaciones alejadas con el resto de la región y el país.

Espacios de comunicación interpersonal y grupal
En la ceja de selva, la comunicación cotidiana de colonos y nativos se da entre pobladores vecinos, entre familias cercanas, entre productores en la faena, entre los miembros de la comunidad en eventos sociales y asambleas, entre los productores y los comerciantes, entre los alumnos de los colegios y sus maestros, entre padres e hijos, entre paisanos de origen común, entre miembros de una misma iglesia en los eventos religiosos, entre familiares con ocasión de onomásticos, entre los pobladores alrededor de los eventos deportivos, y así por el estilo. Las noticias de la radio, las novedades traídas por viajeros y las generadas desde las autoridades se comentan en esta red de vínculos interpersonales.

En los momentos de reunión, el poblador -muchas veces desactualizado- se pone al día sobre lo que pasó y sobre los problemas centrales de la zona o región. Estos momentos privilegiados de flujo comunicacional son los días de cosecha, las ferias y las asambleas comunales, pero a veces también los actos sociales. Los días de ferias y asambleas varían según las comunidades. Hay días fijos de asambleas pero, en caso necesario, las autoridades pueden convocar a la población en cualquier momento y todo el que se encuentre en el pueblo acude. En todas partes se mencionó que es común que en esas asambleas la población discuta sobre temas de salud. En algunas ocasiones también llega el personal de salud a dar charlas en esos momentos y el promotor acostumbra ir y dejar mensajes o conversar sobre temas de salud.

Es importante señalar que en los pueblos alejados de origen serrano sólo los hombres acuden a las asambleas. Sin embargo, en las poblaciones asháninca y machiguenga las mujeres sí tienen una participación activa. Esto lo pudimos comprobar en las tres asambleas a las que asistimos. Cabe señalar que en los días de feria no sólo acuden al pueblo sus habitantes sino también los de los pueblos cercanos y anexos.

**Acceso y consumo de medios masivos**

La radio es el principal medio que conecta las poblaciones alejadas con el resto de la región y el país. Los periódicos llegan solamente a los centros poblados más importantes del valle: San Francisco, Santa Rosa, Sivia y Kimbiri. Lo mismo sucede con la señal televisiva, que aparte de los lugares mencionados llega a unos cuantos pueblos más que tienen luz y antena parabólica.
En el caso de la televisión, se podría afirmar que la tenencia de televisores está en relación directamente proporcional con el tamaño y la importancia de los pueblos. Mientras más grande o importante es un pueblo más personas cuentan con un aparato. Tal es el caso de San Francisco donde la mayoría de la población tiene televisión, a diferencia de los pueblos más alejados donde hay pocos aparatos receptores (de dos a tres televisores en promedio).

En lo que se refiere a la captación de la señal, sólo en San Francisco y Kimbiri se pueden ver tres canales de televisión (4, 5 y 7). En los otros pueblos, la señal es captada mediante una antena parabólica comunitaria, lo que implica que sólo se pueda ver un canal al mismo tiempo.

Sobre la existencia de radios locales, se comprobó que tanto en San Francisco como en los pueblos grandes, como Sivia y Santa Rosa, existen estaciones locales de radio. En la zona de San Martín (donde se ubican Lechemayo y Nueva Quillabamba) no se encontraron estaciones locales. En todos los lugares con estaciones locales hay una particular o comercial y una religiosa - evangélica, que es sostenida por los mismos miembros del grupo religioso. En San Francisco la radio comercial se llama Contreras, en Sivia es Swing y en Santa Rosa es Radio Luz. El nombre de la radio evangélica de Santa Rosa es Radio Shalom.

Es importante señalar que las estaciones locales no tienen alcance más allá del pueblo en que se ubican: llegan a las comunidades aledañas pero no a las más alejadas que están anexas.

¿Alcance? Tendrán un diámetro de... veinte mil metros más o menos (boticario de Santa Rosa).

Por otro lado, también llegan radios nacionales o regionales, aunque no son las mismas en todos los pueblos visitados. Entre las más mencionadas están radio Huanta 2000, radio Amauta (evangélica), radio Cora y radio Unión.

Una costumbre en la zona referida por muchos de los entrevistados consiste en que, los domingos o los días de feria, las radios locales colocan altoparlantes dirigidos a los pobladores congregadas.

En la mañana es a las diez de la mañana donde hay ferias los días domingo.
Cuando hay ferias la gente se concentra y entonces la mayoría de emisoras van con su altoparlantes en el mercado, donde está la feria, no solamente radio sino también altoparlante. Entonces esto ayuda a que se difunda (médico del hospital)

Prensa Escrita

En el caso de los periódicos, la gran mayoría coincide en que sólo son comprados por gente que se dedica al comercio o por profesionales, es decir, una minoría de la población. Por otro lado, los periódicos llegan a San Francisco con un día de atraso -en los otros pueblos tardan incluso más- y que sólo llegaban tres periódicos: Ojo, La República y Líbero.

Más o menos lee... pero la gente de la población de la zona rural no, esta población que tenemos que atender no, no mucho. La gente de la zona urbana, profesores, todo estos agentes negociantes, comerciantes, ellos sí leen (enfermera de San Francisco).

Preferencias: Formatos y horarios

Con respecto a los horarios preferidos por la gente, tanto en los pueblos más alejados como en los más grandes, los bloques horarios más sintonizados para escuchar radio o ver televisión (los pocos que la poseen), son las previas al trabajo -de cinco a siete de la mañana- y las posteriores -de cinco a ocho de la noche. Sin embargo, en los pueblos más grandes la gente puede dedicar más tiempo a la radio o a la televisión, pues sus actividades económicas lo permiten. También hay una mayor proporción de mujeres y niños que permanecen en sus casas durante el día.

En el campo, las familias trabajan en las chacras muchas horas al día y allí no acostumbran escuchar radio. Es importante señalar que la gente en las zonas rurales acostumbra acostarse temprano, por tanto es difícil que escuchen radio después de las ocho de la noche. También se ha constatado que, si bien en los pueblos alejados que no tienen luz mucha gente tiene radio a pilas, no siempre la escuchan porque las pilas se consideran caras.

Medios y espacios de comunicación en salud
Se ha comprobado que las estrategias de difusión y medios de comunicación más usados por los establecimientos de salud de Ayacucho en la zona de San Francisco son los sociodramas, las charlas y los mensajes de radio.

**Comunicación comunitaria**

Una ocasión propicia para llegar con mensajes a la población son las ferias y asambleas comunales. El personal de salud relata que acostumbra llegar a las poblaciones precisamente los días en que ésta se encuentra congregada en estos eventos. Cabe señalar que esos días varían según la comunidad, aunque en los pueblos principales generalmente son los domingos. Como ya se mencionó, así como las radios locales acostumbran enviar su señal por los altoparlantes los días de feria, el personal de salud transmite sus mensajes por los altoparlantes esos días.

**Usos de la radio**

Se ha podido comprobar que, aparte del uso de las radios locales en las ferias, en ocasiones los servicios de salud utilizan la señal normal de las radios para transmitir mensajes.

En radio Contreras, de San Francisco, se colocan cassettes con mensajes grabados que son enviados desde Ayacucho, realizados en castellano (si bien en la entrevista aludida se afirmó que también se hacían en quechua). En esa misma radio un biólogo del hospital tiene un programa de música romántica que ocasionalmente se usa para transmitir mensajes de salud. En Sivía también la radio local Swing es usada en ocasiones por los servicios de salud para transmitir mensajes. En Santa Rosa es donde se percibe una mayor difusión de mensajes de salud. Un enfermero y un obstetra tienen un programa exclusivo llamado “Salud integral”, que se transmite los domingos a las siete de la noche y que según opinión de la población es muy sintonizado. Es importante tomar en cuenta que la población evangélica, que es muy numerosa, acostumbra escuchar las radios de su tendencia religiosa. Sin embargo, se constató que los servicios de salud no usan esas radios para difundir mensajes. Esta carencia se agrava si consideramos que el propio personal de salud y la misma población consideran que son los evangélicos los más reticentes a acudir a los establecimientos de salud.
Los noticieros

Un aspecto importante es que a la población le interesan los programas informativos. Todos los entrevistados manifestaron que lo que más les interesa de la radio son los programas noticiosos. En San Francisco, por ejemplo, la mayoría de la población escucha un programa informativo transmitido por una ONG. Lo mismo sucede con el programa de salud transmitido en Santa Rosa. Los pobladores manifestaron que les parecía importante que el Ministerio transmitiera mensajes de salud utilizando la radio, pero recomendaban que el uso del quechua en estos sea más frecuente.

El personal de salud refirió varias veces aspectos relacionados al impacto de los mensajes radiales. Para algunos este hecho era considerado muy positivo, otros en cambio manifestaban que los mensajes radiales no inducían ningún cambio porque la gente no les prestaba mucha atención. Con excepción del caso de Santa Rosa, donde existe un trabajo sostenido y concertado con la radio, en otros centros poblados pareciera el impacto de los mensajes del Ministerio de Salud no ha sido muy significativo.

Combinación de medios masivos e interpersonales

En las zonas más alejadas los entrevistados manifestaron que preferían el contacto directo con el personal de salud a los mensajes por la radio y en los pueblos más grandes señalaron la necesidad de utilizar ambos, ya que muchos pobladores no acostumbraban acudir a las asambleas o a las reuniones que convoca el personal de salud.

Los sociodramas

Por otro lado, el personal de salud ha evaluado que los sociodramas son el medio más adecuado para transmitir mensajes y que los afiches o los volantes no son tan útiles. Ciertamente se pudo comprobar que éstos últimos casi no se usan en San Francisco.

Lo que más estamos usando ahora es el sociodrama. Hemos aprendido bastante, porque por años gastamos una cantidad enorme de plata en afiches, volantes que nadie leía o en mensajes radiales que nadie escuchaba. Entonces estamos trabajando muy fuerte en el sociodrama, la dramatización en quechua, con la comunidad ahí rodeando, con gente muy,
muy parecida a la comunidad actuando. Es lo que más está pegando. Los técnicos son chicos del pueblo también, ¿no? Son quechuhablantes todos ellos. Y estamos usando mensajes radiales siempre, de todas maneras, usando cuñas en quechua y en español. Eso es lo que estamos usando ahora (personal de salud -DISA Ayacucho)

Es significativo que el personal de salud exija mayor presupuesto para la realización de los sociodramas. Una enfermera del hospital manifestó esta actividad requiere dinero para el vestuario, además del combustible para trasladarse a las comunidades.

Recordación de mensajes

La población recordaba mensajes de salud de dos temas principalmente: de aseo personal y de malaria. Nadie hizo referencia a mensajes de los síndromes del estudio o de algunas de las enfermedades asociadas, como la hepatitis o la fiebre amarilla. Incluso algunos trabajadores de salud manifestaron que no se había impartido ningún tipo de educación al respecto con excepción de las charlas que se organizaron en las comunidades en las que se encontraron casos.
7.2. La comunicación en el valle de La Convención

De manera igual que en el valle del río Apurímac, la comunicación se teje desde abajo en lo cotidiano y desde arriba a través de la radio y los eventos públicos: tanto en las asambleas comunales, ferias y actividades como en las plazas públicas.

**Espacios de comunicación interpersonal y grupal**

La comunicación interpersonal y grupal sobre temas de salud se da de varias maneras: algunas entre el personal de salud y la población y otras entre los miembros de las propias comunidades.

La comunicación entre el personal de salud y la población abarca el trato personal-pacientes en los establecimientos, la participación en asambleas y, en general toda relación con la comunidad. El personal entrevistado sabía de la importancia de una buena comunicación interpersonal con la población.

... depende también cómo llegues a hablar, conversar, con el mismo. Mucho depende del trato que uno le da al paciente, cosa que el paciente te da la confianza. (técnico de Quillabamba)

También el personal de los establecimientos suele ir a las asambleas a informar y convocar a la población a participar en sus campañas y actividades. Algunos entrevistados manifestaron que era mejor que el personal de salud vaya a asambleas del pueblo que citar reuniones específicas sobre salud.

Tenemos experiencias en algunos establecimientos. Por ejemplo, el aprovechar cualquier reunión comunal, hablo por ejemplo de los comités pro agua potable, pro electrificación, que no necesariamente están ligados a salud. Entonces son esos grupos que debemos aprovechar para dar información. En varios establecimientos esto ya está teniendo resultado, porque si directamente nosotros coordinamos reuniones para actividades específicas de salud no hay mucha respuesta, pero si previamente está ligado a otro tipo de interés social tiene mayor respuesta (enfermera de La Convención).

Paralelamente se da la comunicación interpersonal, directa entre los propios pobladores sobre aspectos de salud. La población no sólo recomienda curanderos y especialistas sino incluso los remedios y plantas que curan.
Como explica la gente, las conversaciones entre vecinas y vecinos, las reuniones del vaso de leche y comedores populares, así como los cumpleaños y fiestas comunales son oportunidades para este intercambio.

Paramos recomendando entre las vecinas, básicamente, y esto se fortalece a través de las reuniones comunales... más con mujeres; hablo, por ejemplo del vaso de leche, de esa agrupación, los comedores populares. Entonces son en estos espacios donde la gente va difundiendo los usos y las utilidades que se puedan dar con algunos recursos de la medicina natural (enfermera de La Convención).

Una parte de la transmisión interpersonal de conocimientos está vinculada, según la información encontrada, al conocimiento que los curanderos transmiten. Los curanderos transmiten su conocimiento...

... a través de las experiencias. Por ejemplo, hay familias que tuvieron un problema de salud. Si les fue bien con ese curandero, van recomendándolo para que una mamá siempre acuda a ellos, ¿no? Pero en este caso nosotros, a nivel de Quillabamba, por lo menos, en lo que no es Bajo Urubamba, casi no tenemos muchos curanderos. Es más, el promotor de salud o las boticas o los ex sanitarios pregonan de médicos (técnico de La Convención).

**Acceso y consumo de medios masivos**

En La Convención, el trabajo de campo ratificó que el principal medio de comunicación masiva es la radio. Se comprobó la real preferencia por este medio: incluso la gente prefiere las charlas educativas por radio.

**Radio y Televisión**

Con relación a la radio, toda la información señala la presencia predominante de radio Quillabamba -propiedad de los misioneros dominicos- como el medio masivo con mayores posibilidades educativas en La Convención.

Si bien es cierto que la preponderancia de Radio Quillabamba es notable, existen otras emisoras radiales. En todo el suroriente hay catorce emisoras, con una programación predominantemente noticiosa y musical. Todas éstas tienen su sede en Quillabamba, salvo radio Maranura, que está ubicada fuera y es privada. Ésta, como muchas radios locales, empezó funcionando como radio-bocina en las ferias de la comunidad.
Según refiere la literatura al respecto, radio Quillabamba fue fundada por los dominicos en la década de 1960 a partir de la experiencia del Vicariato de Puerto Maldonado, que había instalado una radioemisora -radio Madre de Dios- en Puerto Maldonado, capital del Vicariato Apostólico en 1958. Nació la idea de establecer una emisora en el Alto Urubamba porque el medio social era muy distinto al de Puerto Maldonado y la potencia de la emisora no cubría esta región del Vicariato. Radio Quillabamba era entonces una pequeña emisora de propiedad de Carlos Lizárraga y funcionaba desde 1959. Así, en octubre de 1966 radio Quillabamba pasó a manos de la Vicaría de Santa Rosa de los misioneros dominicos. Con el tiempo Radio Quillabamba se fue modernizando hasta convertirse en una de las estaciones de radio más importantes del sur, considerada como "una de las cinco emisoras de propiedad de la Iglesia Católica, que a través de su programación general buscan responder a los sectores populares".

En realidad, es una de las pocas emisoras de largo alcance y con una potencia que le permite ser escuchada con mayor fluidez, pues en La Convención hay factores de origen atmosférico que dificultan la audición radial durante determinadas horas.

Emisoras radiales de largo alcance solamente habría una, que es radio Quillabamba. El resto de las emisoras son locales. Son como cuatro emisoras locales (técnico de Quillabamba).

Toda la gente escucha la radio Quillabamba, muy pocos la radio Tahuantinsuyo, la del Cusco, sino de Quillabamba, porque siempre tienen mensajes, algunos comunicados, entonces se escucha esa radio (poblador de Kamanquiriato).

De escuchar, la gente escucha radio; pero hay veces que no se captan las emisoras (profesional de Cirialo).

Con relación a la televisión, en la zona no hay canales de televisión propios y no apareció tampoco en las entrevistas, grupos focales y encuestas un consumo importante de este medio en el campo. Se pudo comprobar que a Quillabamba llegan cuatro canales y que a las zonas rurales de La Convención

---


solamente llegan, deficientemente, dos canales de señal abierta. Por otro lado sólo se pudieron ver algunas antenas parabólicas a lo largo del camino. La televisión por cable sólo llega a Quillabamba.

En todo caso de canales televisivos estamos hablando de cuatro canales. Está Frecuencia Latina, Panamericana, canal 11 y el canal 9....Sobre la televisión, hay distritos que ya cuentan con antenas parabólicas, que también dan los mismos cuatro canales y es igual (técnico de Quillabamba).

Tenemos otras emisoras locales de radio de alcance también mínimo, y la televisión en menor escala, más en lo que es la capital de la provincia, Quillabamba y algunos centros poblados que tienen antena parabólica. Las demás localidades están privadas de este medio y su única opción es la radio (enfermera de Quillabamba).

Prensa Escrita

Con relación al acceso y lectura de la prensa escrita, el trabajo de campo comprobó que es mínimo. Sólo llegan periódicos a la ciudad de Quillabamba.

Definitivamente en el campo no leen lo que es un periódico, si es que viene de vez en cuando. Cuando se compra es una vez al año, de repente aquí en Quillabamba, pero más lo que se entera es a través del noticiero, Noticiero Estelar o Noticiero Panorama Mundial y por radio... a través de radio Quillabamba. (técnico de Quillabamba)

Acá en la ciudad sí hay periódicos. Hay quioscos donde se venden periódicos. Acá sí llega mayormente lo que es La República, después viene el Ojo y otros periódicos. En la ciudad sí se compran, a lo menos acá en la población sí compran. Usted se va, por ejemplo, a un quiosco y ahí están hasta las siete, ocho de la noche están vendiendo y comprando sus periódicos y revistas nacionales (poblador de Quillabamba).

Han existido intentos por crear periódicos y revistas de circulación provincial. Sin embargo, según refieren los entrevistados, hasta el momento no hay ninguno que tenga el carácter de una publicación sostenida. Se ha querido avanzar con revistas, pero éstas declinaron al no tener anunciantes y/o auspiciadores. En razón a eso, a la fecha se viene manejando información escrita venida de Lima o de Cusco.
Están haciendo un esfuerzo por sacar un boletín informativo, por ejemplo, de la asociación... no recuerdo ahorita el nombre... es Asociación de Productores de Café, pero que todavía no está teniendo mucha respuesta y por eso la emisión es muy limitada (enfermera de Quillabamba).

Preferencias: Horarios y formatos

Sobre las preferencias horarias de audición radial en el campo, se tiene también un cierto consenso, conservado a través de los tiempos. La audiencia de radio Quillabamba desde hace mucho tiempo tiene un patrón más o menos parejo: de 5:30 a 7:00 de la mañana, 12:00 a 12:30 al mediodía y en la tarde después de las 5:00 152.

A partir de la cinco de la mañana hasta la siete de la mañana, hora en que ingresan a sus actividades agrícolas y al volver, a partir de la siete de la noche. Es que en ese sentido nosotros aprovechamos esos horarios para transmitir algunos mensajes sobre lo que es IEC (enfermera de Quillabamba).

Parece que hay problemas de interferencia atmosférica en el horario de la mañana (refiriéndose al Medio y Bajo Urubamba). Por eso me han dicho que diga los comunicados a diez para las seis, más o menos, donde empieza ya a escucharse el programa con nitidez (personal de salud de Quillabamba).

Sobre el tipo de público que escucha los diferentes programas de radio, los entrevistados refieren que los más interesados en escuchar la radio en el campo son los trabajadores o la población económicamente activa. Luego siguen las madres de familia y, en menor escala, los niños. La población adolescente buscaría más bien emisoras que se centran en lo musical.

Sobre el uso de lenguas nativas, las radios utilizan el castellano, el quechua, y en algunos casos, la lengua machiguenga.

Hemos tratado de dar mensajes en quechua pero mi quechua es demasiado elemental, pero la gente lo toma con gracia y les gusta

escucharme, también es motivo para captar su atención (enfermera de Quillabamba).

En la noche también tenemos otro noticiero y tenemos especialmente manejado por el clero un programa para las comunidades nativas, que es a las ocho de la noche, que es transmitido por un nativo en el dialecto, el cual aprovechamos para mensajes claves (Otra enfermera de Quillabamba).

La comunidades tienen su propio programa de radio que se llama COMARU (Consejo Machiguenga del río Urubamba). Se propala todos los martes en las noches, de 8:30 a 9:00. Ese programa es conducido por nativos que hablan castellano y machiguenga, que incluyen algunas notas e informaciones sobre salud a pedido de los establecimientos.

Con relación a la recordación sobre los nombres y otras características de los programas radiales no hallamos evidencias de que los pobladores los recuerden. Es curioso que la gente sí recuerde muy bien los horarios y que haya consenso sobre sus preferencias, pero no sobre los programas radiales o sus características. Ni siquiera el personal de salud los recordaban.

En radio Quillabamba, pero no me acuerdo a qué hora... Hemos escuchado al doctor Jorge Canales en la radio... Mayormente habla en las noticias. Pero hablan de salud algunas veces, no más...si no estaríamos permanentemente escuchando para cuidarnos (poblador de Maranura).

Se concluye de esto que existe una presencia evidente de radio Quillabamba en toda la provincia de La Convención: desde hace mucho tiempo los horarios de consumo de la población rural están bastante definidos, conocidos y expresados tanto por los pobladores como por los trabajadores del sector. Sin embargo, los programas como tales tienen una identidad más bien débil.

Uno de los elementos que caracteriza la programación en radio Quillabamba desde sus inicios fue y sigue siendo la transmisión de mensajes, que siempre fue extensa, diaria, útil y requerida por la población. Esto ha hecho que la población se acerque con frecuencia a la estación requiriendo sus servicios, y los oyentes están pendientes de la emisión de estos mensajes personalizados e institucionales.
Medios y espacios de comunicación en salud

El personal de salud usa diversos espacios y medios (interpersonales, grupales, comunitarios y masivos) para llegar a la población. Así, utiliza en la zona asambleas comunales, charlas, radio-bocinas, presencia a través de los colegios, programas radiales, cuñas radiales y sociodramas.

Redes y Agentes comunitarios

En zonas alejadas, se apela a todos los espacios, medios e intermediarios para llegar a la población. Un nexo de suma importancia con la comunidad es el promotor de salud. Si éste falla, se usa la red de profesores, y si no hay posibilidad de hacerlo, se apela a los nexos entre autoridades.

... de allí que tratamos siempre de utilizar a los promotores. Ya es casi una indicación general a nivel de nuestros establecimientos. Si desaparece un promotor, por diferentes circunstancias, tenemos que reemplazarlo inmediatamente. Una segunda opción de emergencia son los profesores, y una tercera opción son las autoridades (enfermera de Quillabamba).

Por tanto, una persona clave en la comunicación con la población es el promotor.

Un oficio primero al promotor, el promotor es el que notifica, ¿no? Para tal fecha tenemos reunión, para tal fecha tenemos campaña de vacunación. Ciertas comunidades se reúnen, hay ciertas comunidades que no hacen caso, hacen caso omiso. Entonces tengo que ir casa por casa a buscarles (Técnico de la Convención).

Las asambleas comunales también son oportunidades para mandar mensajes. Las charlas se hacen en la comunidad, ya sea mediante el uso de rotafolios o dibujando en la pizarra. También se usan juegos educativos, sociodramas y exposiciones. De las charlas se encargan las enfermeras y el personal médico.

Medios masivos

Por otro lado, como refieren los profesionales de salud de la zona, las actividades de IEC (información, educación y comunicación) en la provincia abarcan el uso articulado de medios interpersonales, comunitarios y masivos como los escritos y los radiales.
La red de salud incluye mensajes educativos en las radios provinciales y locales. En Quillabamba, la UBASS tiene un programa todos los sábados a las 5:30 de la mañana en radio Quillabamba llamado “Salud, derecho de todos”. Es un programa cedido gratuitamente. Esto permite a la Dirección de Salud del Cusco, contar con una audiencia provincial -e, incluso, regional- aunque, como manifiestan sus profesionales, aún no se ha hecho un estudio de su audiencia.

... más que todo no estamos tan satisfechos con el impacto. También de repente es producto del horario tan temprano. En Quillabamba no hay mucho impacto, pero en el campo sí. Muchas veces creo que el programa no llega tan adecuadamente o es que tengo una audiencia que escucha, conoce, tiene la actitud, pero no lo practica. (médico de Quillabamba)

El contenido central de este programa semanal es de tipo preventivo. Según los entrevistados, La estructura del programa es como sigue: comienza con una presentación oficial del Ministerio, luego sigue la parte educativa y a medio programa se tiene una pausa musical. Las charlas educativas duran un promedio de doce minutos por tema y cada una se concentra en pocos mensajes. Los temas musicales duran tres o cuatro minutos y se intercalan algunos comunicados que remiten los centros y postas. El programa también ayuda a las postas, pues a través de él se envían mensajes para algunos puestos de salud que no cuentan con el sistema de radioaficionado.

Enviarán mensajes a las postas, por ejemplo lo del seguro escolar u otras cosas. Si el personal de salud no escucha los mensajes la gente sí lo escucha y les van a hacer recordar a los del puesto de salud (técnico de La Convención).

Según se pudo constatar, por lo menos hay programas radiales de salud y notas informativas de salud en las radios de Maranura, Huiroc y Quellouno.

En radio Maranura, ahí por ejemplo, hemos intensificado la campaña en forma gratuita, con spots. Antes también tenía un programa de salud conducido por el médico jefe del centro de salud, que salía los sábados de 7:30 a 8:00. Creo que por falta de tiempo ya no siguieron con el programa, pero en la época de malaria la radio brinda espacios gratuitos de prevención cada hora (profesional de Quillabamba).

En Huiroc existe una llamada radio Cultural o radio Rural. Nosotros les dijimos que si pudieran enviar algunos mensajes del centro de salud y así lo hicieron. Hay otro en Quellouno. El mismo dueño vino aquí a decirme
Que me cedía un espacio radial, pero yo prefiero que los mismos miembros del establecimiento de salud lo hagan (profesional de Quillabamba).

Parte de la capacitación radial entre el personal de salud de la provincia parece tener su origen en los vínculos que radio Quillabamba ha tenido como radio educativa y popular. Otra parte provino de cursos de adiestramiento radial provistos desde 1974 por el CETUC de la Pontifica Universidad Católica en Quillabamba. Luego de 1979, la capacitación se enriqueció con la labor realizada por la Coordinadora Nacional de Radio (CNR).

**Medios comunitarios**

El perifoneo y/o radio-bocina son los medios usados para los días de concentración de la población, por lo general los domingos, cuando la gente baja, va a la posta o a la iglesia, o realiza sus compras. De esta manera la radio-bocina sólo funciona tres o cuatro horas al día, durante un día específico de la semana y se ubica por lo general en los mercados. No se prevé su uso todos los días. Existen varias radio-bocinas en la zona.

Nos han reportado en Quellouno que tiene altavoz. Siempre se hace la indicación ahora que estamos mejorando un poquito en el aspecto de participación comunitaria. De hecho en el aspecto de participación comunitaria se está incluyendo el IEC, que abarca todo, difusión escrita, radial y televisiva y dentro de la difusión radial estamos incluyendo perifoneo o radio bocina (Responsable de IEC Quillabamba).

**Trabajo con colegios**

Otra estrategia empleada por algunos establecimientos se relaciona con el sector educación y sus colegios: se convoca a la población y se transmiten mensajes de salud para los niños y, a través de ellos, hacia sus padres y familias.

Con educación nos llevamos correlativamente bien, porque igual, para cualquier participación, para cualquier comunicación a una comunidad, notificamos al profesor o al encargado de ese centro educativo; entonces, ellos hacen una masiva invitación a los alumnos y vienen los padres (obstetra de La Convención).

**Campañas**
Sobre las campañas sanitarias de la UBASS, por lo general están centradas en la prevención y se da mayor énfasis a los programas que tienen prioridad conforme a las urgencias o el conocimiento del ciclo de las enfermedades. Hay enfermedades que se agudizan por temporadas, por lo que los mensajes van cambiando durante el año. Los comunicados intervienen directamente en la promoción de campañas.

Los mensajes los manejamos de acuerdo al perfil que vamos proyectando según las temporadas. Ahora, por ejemplo, es temporada de rebrote de la malaria, también de la fiebre amarilla. De todas maneras estos mensajes van dirigidos a actividades puntuales de prevención. Promovemos, por ejemplo, la vacuna contra la fiebre amarilla, el uso de mosquiteros para el caso de malaria y otras actividades preventivas (enfermera de Quillabamba).

Mencionamos que va a haber faenas comunales de vacunación tal día, en tal lugar, etcétera (profesional de Quillabamba).

En opinión del personal de salud, el impacto de las campañas se siente más en la población rural que en la población de la ciudad Quillabamba.
3.1. Conclusiones

a) Las dos zonas estudiadas tienen ciertas características poblacionales -poblaciones fijas y flotantes, multiculturalismo, pobreza generalizada, descuido corporal, analfabetismo, alta dispersión, asentamiento territorial precario- que constituyen todo un desafío para la construcción de un sistema de atención y vigilancia. Las particularidades de la franja de ceja de selva exigen repensar si son aplicables los enfoques, modelos e instrumentos en uso en el resto del país.

b) En ambos valles -el del río Apurímac y el de La Convención- la difícil condición de accesibilidad propia de la selva condiciona fuertemente los patrones de uso de servicios. El modelo curativo de espera pasiva del paciente sería muy peligroso, pero el modelo preventivo-promocional es de más difícil ejecución que en las otras regiones. El problema de fondo es el patrón de asentamiento territorial en la selva, espontáneo y completamente precario, que no ha marchado estableciendo cabeceras de avance organizado. El sector salud se enfrenta a una población dispersa y relativamente incomunicada. Las tasas de densidad poblacional son de 24,8 hab./km$^2$ en los seis distritos estudiados del valle del río Apurímac y de 5,80 hab./km$^2$ en La Convención, y las tasas de ruralidad son de 71,2% en La Mar y de 80% en La Convención. El transporte a través de los ríos, en carreteras poco carrozables y, en el caso de La Convención, en ferrocarril hasta Aguas Calientes no permite hasta hoy un traslado fluido de bienes y personas. En estas circunstancias ha llegado a una parte de la selva la comunicación electrónica vía radio, televisión y, ahora último, internet. Los nuevos medios son puntos de apoyo imprescindibles para una forma más eficaz de organización de los servicios en zonas de selva. Pero un sistema
de salud comunicado y moderno en medio de una zona relativamente
incomunicada y en buena medida premoderna es una solución a medias.
Además, el atraso es un límite a la eficacia del gasto social en salud. Se
necesita plantear planes de desarrollo integrales para ambos valles, en
cuyo marco tenga más sentido e impacto el accionar de salud.

c) El sector salud se enfrenta en ambos valles y en las zonas de ceja de
selva no sólo a una geografía agreste sino a una cultura de descuido
corporeal, reforzada por un sistema económico que basa parte de su
rentabilidad en la depredación de la naturaleza y el sobreesfuerzo de su
población. Buena parte de la historia de los valles del río Apurímac y de La
Convención en los últimos ciento cincuenta años se resume en la historia
de sus productos de exportación y de la colonización para explotarlos. La
alta rentabilidad de sus productos agrícolas en los mercados foráneos
-regional, departamental, nacional e internacional- es el motor de la
dinámica de migraciones permanentes o estacionales a dichos valles con el
fin de participar de su riqueza. Parte importante de esta historia regional
es la historia de las enfermedades de la zona, consideradas en diferentes
momentos como “un gran freno” para la ocupación territorial. Este
triángulo entre productos de exportación, colonizaciones y enfermedades
tiene profundas repercusiones sobre la cultura popular en salud de ambas
zonas, pues los colonos -pobres y a la vez productivistas- valoran el tiempo
perdido más que la población de formas previas de producción y de
relación simple hombre-naturaleza. Esto es más evidente en las estaciones
de siembra y cosecha, cuando el sobreesfuerzo corporal se convierte en
una necesidad para participar en la riqueza generada, lo que los hace más
descuidados con su salud. El caso extremo es el de los migrantes
temporales, que sacrifican su salud para aprovechar al máximo la etapa de
cosechas. Así, la cultura de descuido corporal se ha convertido en la ceja
de selva y partes de la selva en una condición de aprovechamiento de la
renta diferencial o sobreganancia agrícola de exportación, que le otorga la
feracidad del suelo del valle y su especialización ventajosa en
determinados productos. Por esta condición de ambas zonas como
fronteras vivas del país, sus poblaciones son jóvenes, en edad productiva y
con tasas de migración neta positivas. Pero en este contexto los servicios
de salud aparecen como el último recurso en caso de enfermedad, pues el
colono no puede dejar de trabajar, y menos aún en las etapas claves del
ciclo agrícola. Cabe discutir si todo este contexto puede ser afrontado con el modelo de periferia normal, basado siempre en asentamientos urbanos con trabajo extramural en el entorno. La realidad selvática sugiere superar el “modelo de periferia de cemento” por uno más descentralizado, flexible y en red, con más raíces en la población.

d) Las poblaciones del río Apurímac y La Convención son muy pobres. La población en hogares con al menos una NBI en la provincia de La Convención alcanza un promedio del 82%: 54,6% en el ámbito urbano y 91,4% en el campo. En los distritos de Santa Ana, Maranura, Echarate, Quellouno y Kimbiri, del valle del río Apurímac, la pobreza según NBI es del 48,1%, 88,8%, 88,3%, 93,1% y 94% respectivamente. El colonos residente o temporal no logra escapar de la situación de pobreza que lo motivó a emigrar desde sus provincias originarias y, por tanto, no puede superar la situación de sobredesgaste físico como condición de reproducción cotidiana que está en la base de su situación de salud. Es más, la última oleada de colonos, la de los ochenta y noventa, es más pobre que las anteriores. Es de “refugiados económicos y políticos”, esto es, desplazados por la pauperización agraria serrana y la violencia política. La presencia senderista actualmente ha mermado, lo que no sucede con el narcotráfico, y el cultivo de coca es un obstáculo a las intervenciones en salud, porque suspende los tratamientos. Por otro lado, el cultivo ilegal de coca genera una cultura facilista y derrochadora contraria a todo esfuerzo permanente. Por último, la precariedad económica y los patrones de asentamiento territorial espontáneos y sin infraestructura hacen que la población selvática rural sea de alto riesgo.

e) En ninguno de estos valles la población mayoritaria es selvática. Los antiguos pobladores selváticos, machiguengas y ashánincas actualmente son minorías (2,8% en La Mar y 8,9% en La Convención). La población mayoritaria de ambos valles está conformada en más del 90% por migrantes y descendientes de migrantes serranos. La población actual del río Apurímac y La Convención surge del desplazamiento de su población nativa original por sucesivas colonizaciones de migrantes serranos provenientes principalmente de las provincias altas de Ayacucho y Cusco. Por tanto, se ha dado en estas zonas una inversión histórica de roles en que el nuevo conquistador es el colonos andino, que en sucesivas oleadas
empuja siempre hacia el oriente a los pobladores nativos. Hasta hace veinte años las márgenes izquierdas de los ríos eran de colonos y las márgenes derechas de nativos, pero eso ha variado y ahora los colonos están en ambas márgenes. En general, ha habido tres oleadas de colonizadores en el río Apurímac y La Convención: la primera, de los hacendados criollos serranos, que habría durado hasta la década de 1940; la segunda, de campesinos medios, que abarcó desde 1950 hasta 1970; y la última, desde mediados de los 70 hasta hoy, de campesinos pobres, “refugiados económicos y políticos” desplazados por la crisis agraria y la violencia terrorista. La diferencia entre ambos valles es que en La Convención los colonos son de tercera y cuarta generación mientras en el río Apurímac todavía son de primera y segunda generación. Esto tiene su correlato en el perfil sociocultural de ambas poblaciones, pues el colono ayacuchano es más andino y serrano que el convenciano, más “mestizo” y consolidado en una cultura sincrética. Así, el proceso de castellanización es más avanzado en el Cusco, aunque en ambas zonas se mantiene el bilingüismo y el analfabetismo es alto (33,3% en los distritos del río Apurímac y 24,1% en La Convención). En estas zonas selváticas el sector salud está trabajando mayoritariamente con población andina en diferentes fases de asentamiento e hibridación. Esta situación permite establecer una tipología de identidades socioculturales: los migrantes temporales, que representan el polo cultural andino serrano; los colonos, que representan la cultura andina en la selva con hibridaciones, y los nativos -el polo selvático originario- impactado de todas maneras por las cultura andina y criolla debido a su contacto con ellas a través de la historia.

f) Esta organización de las identidades socioculturales en tres prototipos (nativos, colonos y migrantes temporales) no existe a manera de compartimentos estancos pero es un recurso metodológico útil que expresa y organiza toda la información cualitativa y cuantitativa disponible. Sin embargo, no es la única diferenciación de identidades culturales a hacer. Es necesario atender a otra tipología útil: entre poblaciones de colonos recientes y poblaciones de colonos consolidados. Se ha constatado que, si bien existen muchas similitudes entre los colonos de ambos valles, también hay una diferencia general entre las culturas sanitarias de los colonos del río Apurímac y los de La Convención. La
la nosología popular en salud de San Francisco es más andina y serrana, más tradicional, mientras que la nosología popular de La Convención es andina pero más próxima a las categorías de la medicina profesional y siempre con las hibridaciones culturales propias de nuestra heterogeneidad cultural. Una expresión de esta diferencia entre Ayacucho y Cusco radica en que en San Francisco hay más presencia de terminología popular que en La Convención. Otra diferencia asociada es la ausencia en los relatos de nuestros entrevistados de La Convención de la denominada enfermedad del alcance, de tipo mágico-religioso, a diferencia de Ayacucho. Una más es la mayor superposición entre los signos, síntomas y enfermedades en Ayacucho que en La Convención, donde hay una mayor alusión directa a las enfermedades bajo su denominación biomédica. También está la presencia de curanderos y de medicina tradicional, que es mucho mayor en San Francisco que en La Convención. Se deduce de nuestras entrevistas y grupos focales que la identidad en salud del colono de Ayacucho es de migrantes más recientes –de primera y segunda generación– y que la del colono convenciano es de migrantes más consolidados o antiguos, de tercera y cuarta generación.

g) Con relación a la situación de salud de los valles del río Apurímac y La Convención, las evidencias epidemiológicas indican que en ambos casos estamos ante escenarios epidemiológicos premodernos y problemáticos. La evolución sanitaria de ambas provincias ha transitado desde las décadas de 1940-1950 de una situación de total descontrol sanitario a la situación presente, que combina endemias, control sanitario relativo y picos de epidemias. La recopilación bibliográfica indica que a lo largo del siglo XX prácticamente no ha habido una respuesta social organizada al reinado de las enfermedades tropicales en la selva cusqueña -salvo en las dos últimas décadas, en que se pusieron en práctica las redes de servicios del Estado-. Las patologías tropicales tenían dos aliados: el sistema de haciendas -que a su manera diezmaba a la población- y la baja inmunidad de la población serrana ante las enfermedades tropicales. La situación actual es relativamente diferente. No caracterizamos la situación epidemiológica actual de ambos valles como pretransicional, porque dicha denominación, procedente de la teoría de la transición epidemiológica, tiene el inconveniente de no dar cuenta de los complejos procesos epidemiológicos, variaciones, avances y retrocesos, nuevos desarrollos epidemiológicos, que
se han producido dentro de ese status premoderno. El amplio predominio en la provincia de las enfermedades infecciosas no significa estancamiento epidemiológico. El escenario sigue siendo predominantemente premoderno, pero con nuevas características. Por un lado, ya no existe la alta mortalidad propia de las epidemias sin servicios de salud, pero el escenario sigue dominado por endemias, epidemias y elevada morbimortalidad, lo que podría evitarse. Por otro, en la década de los noventa hubo una reemergencia de las enfermedades tropicales en la zona que aún no se ha superado, lo que trajo consigo un desgobierno ambiental representado por las graves carencias de saneamiento básico, la realización de actividades extractivas con alta desprotección, la presencia de vectores y de agentes infecciosos vinculados con la transmisión orofecal y las conductas de riesgo de la población. De un escenario de enfermedades tropicales absolutamente descontroladas, reseñado en la historia de las epidemias, se pasó a una situación de semicontrol, pero sin superarse nunca la defensiva sanitaria promovida por los precarios patrones de asentamiento territorial selváticos. El proceso epidemiológico de ambos valles siempre se ha visto alterado, además, por dinámicas generadas por la inclusión en la economía globalizada del narcotráfico o de la exportación agrícola. En este contexto, los dos valles se muestran como nichos ecológicos propicios para el desarrollo de enfermedades tropicales asociadas al SIFHA.

h) Sobre el conocimiento popular de los signos, síntomas y enfermedades del SIFHA, nuestro estudio verificó que la población habla indistintamente de signos, síntomas y enfermedades, por lo que no tiene vigencia la taxonomía que diferencia estos conceptos en la medicina profesional sino que más bien éstos se yuxtaponen. En ambas zonas, la diferenciación de las enfermedades en compartimentos separados no suele corresponder a la idea popular. Los nombres de “signos”, “síntomas” y “enfermedades” a que aludieron nuestros entrevistados variaron desde el paludismo, la malaria, la hepatitis, la tifoidea o la fiebre amarilla hasta nombres de enfermedades de terminología popular como el alcanzo, el susto, el waspi o el mal aire. Asimismo, debemos señalar que los signos y síntomas del SIFHA no eran conocidos por nuestros pobladores entrevistados, y ni siquiera por la mayoría de promotores, salvo los del grupo focal de Santa Rosa, Ayacucho, que manifestaron se les habían hablado sobre ello pero
que no entendían mucho. Por último, la revisión detallada de las reacciones ante los síntomas y signos muestra que los pobladores, al mismo tiempo que se guían por las nociones que tienen sobre las enfermedades, atacan los síntomas que perciben. La población ataca las enfermedades como síntomas. Más allá del nombre, de momento tratan de curar la fiebre, los dolores de estómago, o cualquier síntoma, ya sea con hierbas o medicamentos. Asimismo, de nuestro estudio no se deduce una división de la población en dos sectores: aquellos que han recibido influencia occidental y separan estas enfermedades y aquellos que se guían únicamente por un pensamiento autóctono. Más bien hemos observado que coexisten ambos tipos de discursos, aunque en algunos casos uno predomine o en otros uno dé paso al otro según avance la enfermedad y sus tratamientos. No hemos encontrado polos culturales puros sino un espectro de hibridaciones. Nuestros resultados indican también, por eso, junto a la presencia de concepciones y actitudes tradicionales, la influencia nada desestimable de la biomedicina en el pensar popular. Creemos que esta influencia es mayor según las capas sociales, categorías ocupacionales y niveles de desarrollo de cada localidad, y que es relativamente mayor en La Convención que el valle del río Apurímac.

i) Sobre los conocimientos y actitudes de los pobladores con respecto a los signos y síntomas propios de las enfermedades del SIFHA, uno de los más reconocidos es la fiebre, cuyo origen a veces se atribuye al exceso de ingestión de frutas consideradas “cálidas”. La mayoría de pobladores entrevistados consideraron la fiebre alta como sinónimo de fiebre amarilla. Sin embargo, la fiebre no genera en el poblador la decisión de acudir al establecimiento de salud, en cambio la hemorragia sí es percibida popularmente como un signo grave que requiere de ayuda médica inmediata. La ictericia es un signo cuya percepción varía, pues en los medios rurales se considera normal. Además, relacionan otros signos y síntomas asociados al SIFHA como “mal de hígado”. La terminología popular más utilizada -esto es, los términos procedentes del acervo andino usados más frecuentemente por los colonos- incluye términos como chuccho, que es el nombre que dan a la fiebre y escalofríos intermitentes, para lo cual se utiliza también el término paluco o paludismo. Al color amarillento de piel y ojos le llaman tericia. Sólo en determinadas ocasiones la gente piensa que la “tericia” y el “chuccho” pueden ser graves. También
es interesante que la palabra *aylla* se emplea para describir tanto el estado amarillento como la palidez. A su vez, las poblaciones de Ayacucho y Cusco vinculan la palidez con debilidad, decaimiento y delgadez. Pero el término más común es el *alcanzo*, que ya no es un síntoma sino una enfermedad (ver el glosario de términos utilizados). En general, encontramos que el uso de esta terminología popular es más frecuente en Ayacucho que en La Convención.

j) Sobre el conocimiento de los pobladores colonos sobre las enfermedades asociadas al SIFHA y la noción de gravedad de las mismas, la situación general es la siguiente:

- La malaria es la enfermedad más reconocida por la población por su nomenclatura y algunos de sus síntomas, seguida por la fiebre amarilla y la hepatitis. La población tiende a pensar que la malaria se puede curar fácilmente si se atiende de manera adecuada.

- La fiebre amarilla era desconocida hasta hace poco, pero se ha ido haciendo conocida en los valles estudiados luego de las epidemias de 1998-1999, que tuvieron alta letalidad. Ahora se tiene la idea de que con esa enfermedad la persona muere en uno o dos días. Las generaciones mayores sí la reconocieron por su experiencia anterior de fiebre amarilla. Pero, además, la población usa indistintamente los términos de fiebre amarilla y tifoidea, y los de fiebre amarilla, hepatitis y anemia.

- La hepatitis también es conocida, aunque muchas veces se confunde con la tifoidea, o se llama hepatitis a cualquier mal. En general, casi todas las enfermedades que generan fiebre, ictericia y hemorragia se catalogan como hepatitis. Se piensa que la hepatitis no es muy grave y no produce mucha fiebre, pero que la tifoidea sí puede traer mayores consecuencias. En alguna medida se sabe que la hepatitis y la tifoidea producen ictericia, pero se teme más a ésta última porque se tiene la noción extendida de que, cuando es fuerte, produce fiebres altas y dura poco tiempo, porque sobreviene la muerte.

- La leptospirosis es desconocida en ambos valles.

- La bartonelosis también es desconocida en ambos valles.

Se constató que el conocimiento popular local de las enfermedades
asociadas con el SIFHA también depende del nivel de exposición a la labor de información, educación y comunicación por parte del Estado, labor que rinde frutos sólo sistemáticamente. Donde más visible es esta asociación es en el caso de la malaria, tanto en Ayacucho como en Cusco.

k) En la población hay tres grandes interpretaciones de las enfermedades: la de “enfermedad del calor”, la de enfermedades con nombres y atributos biomédicos y la del “alcanzo”, éste último asociado a un origen mágico o sobrenatural. En la mentalidad del colono de ambos valles las enfermedades de origen mágico o sobrenatural no guardan relación con los otros dos tipos de interpretaciones. Es decir, cuando se trata de daño o alcance no puede tratarse de hepatitis, malaria o una enfermedad sin nombre específico producida por exceso de calor. En esto se diferencian los nativos de Sampantuari, quienes consideran que las enfermedades con nombre biomédico sí pueden ser causadas por brujería. Pero para la mayoría el tratamiento para el alcanzo es mágico y lo realiza el curandero. Está claro que la gente no combina la terapia del curandero con medicamentos occidentales, porque considera que puede ser fatal. La interpretación mágica de la enfermedad parece ser más común en el valle del Apurímac que en la selva de Quillabamba, y en ésta última se habla de “soplo” en lugar de “alcanzo”, pero estos dos nombres señalan una etiología similar. La interpretación mágica puede darse en un principio de la enfermedad o en etapas posteriores, incluso luego de haber tenido otras interpretaciones y haber usado terapias caseras o de tipo farmacéutico cuando se considera que éstas han fracasado. Considerar una enfermedad como de “calor” implica intentar terapias caseras de hierbas (en las que se incluyen algunos productos farmacéuticos) destinadas a restablecer el equilibrio perdido. Ésta es la primera interpretación ante una fiebre o una fiebre con ictericia. Los elementos a usar son los que en la cultura colona se consideran frescos. La idea es la misma en ambas regiones geográficas (Cusco y Ayacucho), y las técnicas y productos terapéuticos utilizados guardan cierta similitud. Cuando se cree que se trata de una enfermedad con nombre biomédico -por lo general cuando los síntomas son más complicados- se intentan las terapias farmacéuticas que se consideran específicas para esas enfermedades. Así, la primera opción o la más probable será la automedicación o el recurso a cierto tipo de proveedores, como los boticarios, que en Ayacucho frecuentemente son los mismos.
promotores de salud y en Cusco suelen ser ex técnicos del Ministerio de Salud. Se ha constatado que algunos promotores juegan un rol autónomo como “vendedores de medicamentos”, retardando la utilización del servicio. La opción de acudir a los establecimientos de salud por lo general es una tercera opción. Por otro lado, la consideración de enfermedad de calor no es incompatible con el uso de nombres biomédicos de enfermedades, más bien, se dan simultáneamente en la mayoría de los casos. Se piensa generalmente que las enfermedades como malaria, hepatitis, tifoidea o fiebre amarilla representan también una pérdida del equilibrio frío-calor. Entonces, es de lo más común que se combinen los medicamentos con las terapias caseras.

1) Sobre el itinerario terapéutico de la población colona con enfermedades asociadas al SIFHA, y pese a la relativa diferencia de sus nosologías en salud, en ambas provincias hay un patrón tardío de uso de los servicios formales de salud y el recurso indistinto a la medicina casera, el empleo de fármacos y la consulta en boticas antes de la apelación, sólo en última instancia, a los establecimientos. Podemos reconocer tres etapas claramente marcadas. En la etapa inicial, el paciente es tratado en el hogar mediante plantas locales o lavados. Generalmente ésta dura de tres a siete días. En la segunda etapa el paciente, ante la no remisión de los síntomas, acude a un curador local que puede ser curandero, promotor de salud (ambos casos, con mayor frecuencia en Ayacucho), boticario, ex técnico jubilado y, si el paciente es peón, el dueño de la chacra. El curador local usa medicamentos que combina con la administración de mates o infusiones de plantas locales, cuya administración se prolonga durante todo el episodio. En tercera instancia, si los síntomas persisten, el paciente acude al establecimiento, generalmente en etapas avanzadas de la enfermedad. Este itinerario tiene algunas variantes. Así, en el caso de localidades con acceso a la capital de provincia, si la atención en el establecimiento u hospital del Ministerio de Salud no satisface las expectativas del usuario, éste busca los servicios de prestadores privados. En otros casos, cuando la enfermedad no es resuelta, el paciente regresa al tratamiento casero o al curador local, para regresar al establecimiento nuevamente cuando se agrava su condición. El estudio de los diferentes itinerarios nos muestra que la población de peones migrantes es la más vulnerable, con etapas de atención muy prolongadas y
que casi nunca llegan al establecimiento dado el carácter avanzado de su enfermedad. La necesidad de trabajar hasta que les falten las fuerzas, sumada a la forma en que los dueños de las chacras manejan el problema de salud de sus trabajadores, conspiran contra el acceso a los servicios de salud de esta población, que presenta una elevada tasa de morbimidad y mortalidad. Con relación a las diferencias culturales entre los nativos y los colonos, se nota una actitud muy crítica de los nativos ante los servicios de salud, mucho mayor que entre la población colona. Esto es más notorio entre la población nativa de Kimbiri y menos en la de Echarate.

m) Con respecto a los conocimientos, actitudes y prácticas en salud de los nativos de las comunidades de Sampantuari (asháninca, Kimbiri) y Monte Carmelo (machiguenga, Echarate) el trabajo de campo reveló que ambas comunidades tienen diferentes características. En la primera comunidad, el contacto con el mundo occidental se limita a las últimas décadas, mientras que en la segunda se inició hace varios siglos por la presencia de las misiones dominicas. En lo que concierne a sus concepciones y comportamientos en salud, hay una mayor presencia de nombres nativos de enfermedades y de etiología mágica o sobrenatural y se conocen más terapias no biomédicas en Sampantuari que en Monte Carmelo. Otro punto interesante es que los nativos de Monte Carmelo no mostraron rechazo a la labor de los establecimientos de salud. Más bien resaltaron que iban cuando se sentían mal y no resultaban las terapias caseras. Por su parte, en Sampantuari hay poca demanda en los establecimientos de salud. Generalmente sólo se recurre a éstos en estados de gravedad y, en ocasiones, no se recurre en ningún caso. Esto no se puede explicar simplemente por la importancia de las concepciones y comportamientos nativos ante la enfermedad o por la falta de recursos económicos, que no obstante consideramos factores explicativos importantes. Aparte de eso descubrimos una muy fuerte actitud de rechazo. Hay mucha desconfianza en diversos aspectos. Se habla de falta de capacidad técnica o profesional, de desprecio al poblador nativo y de corrupción (negociado con los medicamentos o venta de medicamentos con fecha de vencimiento pasada). No podemos explicarnos por qué hay tanta diferencia en la actitud de ambas poblaciones con respecto a los servicios pero es evidente que son varios factores los que entran en juego y que se necesita un estudio de campo prolongado en ambas comunidades. En Sampantuari
encontramos varios casos que llegaron al establecimiento de salud poco antes de morir y otros que también acabaron en muertes que nunca acudieron al servicio, mientras en Monte Carmelo no tenemos registros de algún caso similar referido por la población ni por el personal del puesto de salud de Ivochote. Ello se podría explicar en parte porque en Sampantuari se han detectado algunos casos complicados (los que acabaron en muertes) que parecen ser de fiebre amarilla y hepatitis B, pero en la zona de Ivochote no se han detectado casos complicados: casi todos los casos de bartonelosis han sido asintomáticos y no revistieron mucha gravedad.

n) Con relación a los espacios y medios de comunicación en San Francisco y La Convención, el estudio comprobó que la dispersión poblacional, las altas tasas de ruralidad, la falta de vías de comunicación y las tasas de analfabetismo hacen que predomine la comunicación oral sobre la escrita y la comunicación interpersonal sobre la masiva. Hay un escaso desarrollo de la “esfera pública” que se expresa en la debilidad de los medios masivos, la poca ventilación pública de los asuntos de gobierno zonales o locales y el predominio de la democracia directa en las comunidades y organizaciones sociales sobre las instancias de representación. En la ceja de selva y selva se superponen dos planos de comunicación: la comunicación por abajo es fragmentada e interpersonal mientras que la radio funciona transversalmente como un vínculo que dota de unidad relativa a los valles o provincias. En los momentos de reunión, el poblador, muchas veces casi incomunicado, se pone al día sobre lo que pasó y los problemas centrales de la zona o región. Estos momentos privilegiados de flujo comunicacional son los días de cosecha, las ferias y las asambleas comunales, pero a veces también son los actos sociales o las charlas convocadas por los colegios o servicios de salud. En los días de feria no sólo acude al pueblo la población sino también los habitantes de los pueblos cercanos y anexos. También se verificó que los periódicos sólo llegan a los centros poblados más importantes con un día de atraso y que hay escasa lectura de los mismos. Lo mismo sucede con la televisión, que llega a los pocos pueblos que tienen luz y antena parabólica y sólo se pueden ver algunos canales. En realidad, la radio es el medio principal que conecta las poblaciones alejadas con el resto de la región y el país, y se escucha mucho por las mañanas y en las tardes, antes y después del trabajo. Estos hechos sugieren que es crucial
negociar los programas radiales en horarios que garanticen una mayor audiencia, sobre todo de la población rural. Con relación al peso de las radios locales se comprobó que efectivamente son importantes en San Francisco, Sivia y Santa Rosa, así como en Quillabamba. Si bien el alcance de las radios locales no suele ir más allá del pueblo grande en que se ubican, en La Convención existe radio Quillabamba, de alcance regional y mucha audiencia. Por otro lado, también llegan radios nacionales o regionales, aunque no son las mismas en todos los pueblos visitados. Además, los domingos o los días de feria las radios locales acostumbran colocar altoparlantes o bocinas dirigidos a las muchedumbres congregadas. Los medios y estrategias comunicacionales más usados por los establecimientos de salud son los mensajes y programas radiales, las radio-bocinas en los días de feria, los sociodramas y las charlas educativas. Una ocasión muy propicia para llegar con mensajes a la población son las ferias y asambleas comunales. En Ayacucho se ha comprobado que el medio más adecuado para transmitir mensajes son los sociodramas y los afiches o los volantes no son tan útiles. A pesar de los importantes esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud, existen limitaciones de las acciones por la falta de una estrategia completa, totalizante y orgánica de comunicación.

o) Con respecto al sistema de vigilancia sindrómica, los resultados de la encuesta aplicada a 174 trabajadores de salud de ambos valles muestran que el personal opina que faltan algunos recursos y hay una presencia desigual de los mismos según las enfermedades, aunque se observa un mayor conocimiento y disponibilidad de medios y recursos para la vigilancia e intervenciones de control de malaria. Como problema más frecuente para la vigilancia sindrómica se mencionó la accesibilidad geográfica con un 17,8% (19,8% en Ayacucho y 15,4% en Cusco), seguido por la falta de apoyo logístico con un 17,2% (15,6% en Ayacucho en tanto que 19,2% en Cusco), la falta de capacitación al personal con un 15,5% (16,7% en Ayacucho y 14,1% en Cusco) y luego la carencia de medios de radio-comunicación con 9,2% (12,5% en Ayacucho y 5,1% en Cusco). Sólo en quinto lugar apareció la falta de tiempo para las actividades de vigilancia con 7,5% (4,2% en Ayacucho y 11,5% en Cusco) y en séptimo lugar la falta de coordinación y de referencia en la red de vigilancia epidemiológica con 5,7% (4,2% en Ayacucho y 7,7% en Cusco). Resultó
revelador que, pese a que el 52,9% de los trabajadores encuestados refirió haber recibido capacitación en vigilancia sindrómica (54,2% en Ayacucho y 51,3% en Cusco), buena parte del personal no supo expresar qué era la vigilancia sindrómica. Así, se registraron altos porcentajes de respuestas incorrectas que la relacionan con signos o síntomas sueltos o con factores que no tienen que ver con la vigilancia sindrómica. Estas respuestas suman 50% en Cusco y 44,3% en Ayacucho. También se observó que la capacitación en vigilancia sindrómica produce una mayor asimilación del concepto, pues los capacitados aciertan en 53,9% y los no capacitados sólo en 35,1%. Sin embargo, el hecho mismo de que el porcentaje de respuestas adecuadas esté en un 53,9% expresa una baja capacidad de transferencia de conocimientos procesada con las capacitaciones realizadas en los últimos doce meses. Del 100% de capacitados el 42,7% se sigue equivocando, lo que resulta preocupante. Por último, con relación a las dificultades percibidas para la vigilancia sindrómica en los establecimientos de salud, el 44,8% (n = 78) de los trabajadores de salud mencionan dificultades para el desarrollo de actividades de vigilancia sindrómica en el establecimiento de salud. Sin embargo un 32,7% (n = 57) no responde a la pregunta, lo que podría implicar ciertas reservas con respecto al funcionamiento del sistema. Sólo un 22,4% firman no tener dificultades para las acciones de vigilancia sindrómica (24% en Ayacucho y 20,5% en Cusco). Entre los 78 trabajadores de salud que mencionaron alguna dificultad, los problemas más frecuentes corresponden a la falta de capacitación, de apoyo logístico y de accesibilidad. El cuarto problema en importancia (9,6%) fue la falta de motivación y colaboración del trabajador. El mal llenado de la ficha clínica (7,2%), la necesidad de mejoras de la ficha (4,8%), la falta de capacitación a los promotores (2,6%), figuraron a renglón seguido, lo que sugiere un desarrollo todavía incipiente de la experiencia. Con respecto a las soluciones propuestas para los problemas de la VEA, la capacitación se aprecia como la más importante (60,2%), seguida por la falta de insumos (28,2%), la necesidad de una motivación a los promotores y trabajadores de salud (12,8% y 9,6% respectivamente), y propuestas para mejorar la ficha y una mayor capacitación a promotores (4,8% y 2,6% respectivamente). Si pudiéramos resumir los resultados de la encuesta aplicada al personal de salud sobre la vigilancia sindrómica podríamos
decir que, a poco de iniciada su ejecución, los trabajadores concentran las dificultades en tres factores: capacitación, apoyo logístico y motivación.

p) Con respecto a a las dificultades en el uso de la ficha de vigilancia comunal, un 22,4% de los encuestados mencionaron haber trabajado en vigilancia sindrómica comunal. De estos 39 trabajadores, once (28,2%) sostienen que la ficha es compleja o presenta categorías que no son accesibles a los promotores, cuatro (10,2%) declararon que los promotores no tienen costumbre de registar observaciones o casos y un porcentaje similar planteó que la dificultad radica en que los promotores se dedican a actividades agrícolas, lo que les quita tiempo para las actividades de vigilancia. De los 39 trabajadores que dijeron usar la ficha, veintidós (56,4%) reconocieron algún tipo de impacto. Sin embargo, en muy pocos casos identifican como impacto el incremento de la notificación sino, más bien, la sensibilización de la población y de los promotores con respecto a la vigilancia. Incluso en un caso consideran como impacto el uso de la ficha como historia clínica por parte del personal de salud. Se nota que el personal de Cusco es más sensible a la falta de costumbre de registro (15,7% contra 5% en Ayacucho) y a la notificación tardía de los promotores (10,5% contra 5% de Ayacucho), mientras que el personal de salud de Ayacucho se queja más de la complejidad de la ficha (40% contra 15,7% de Cusco) y de la falta de capacitación a los promotores (10% contra 5,2% de Cusco).

q) Con relación a las percepciones y actitudes del personal de salud sobre la vigilancia sindrómica y la ficha de vigilancia, las entrevistas en profundidad mostraron que los directivos de las redes de servicios centran buena parte del problema de la vigilancia en las dificultades para el llenado y uso de la ficha por el personal técnico, y sobre todo por los promotores. El personal de salud de los niveles más operativos tiene distintas percepciones y actitudes. Una de éstas -bastante común- es la percepción de limitaciones e imperfección para el diagnóstico, lo que origina desconfianza sobre la idoneidad técnica del resto del personal de las redes para hacer bien la notificación. El personal siempre culpa a los demás por los errores. Por otro lado, los entrevistados sacaron al primer plano un problema que en las encuestas aparece muy marginalmente: la alta rotación del personal en estas zonas rurales. También señalaron el
énfasis muy focalizado en años pasados sobre determinadas enfermedades, lo que se expresó en una baja sensibilidad para captar nuevas patologías y procesos epidemiológicos. Otra dificultad –a veces percibida como un problema de relaciones interpersonales– es la separación de la ejecución de acciones entre los programas específicos, la especialización y la limitada integración de los programas. Los promotores de salud se quejaron de la sobrecarga de instrumentos de notificación solicitados por diversos programas nacionales de salud: hay por lo menos 45 formatos que el personal debe llenar en los puestos de salud. Además, los entrevistados revelaron que hay poco uso de la ficha de vigilancia sindrómica o se la desconoce, simplemente. Cuando se conoce, los promotores prefieren la notificación oral. El personal de periferia piensa que el lenguaje de la ficha es muy complicado para los promotores, pese a la información recibida sobre sucesivas simplificaciones y adecuaciones. Además, las entrevistas revelan que, aunque el paciente declare tener alguno de los síntomas o signos especificados en la ficha, el personal técnico o profesional no médico de los establecimientos de primer nivel no se siente lo suficientemente seguro como para aplicarla y deja dicha decisión en manos del médico.

r) Con relación a la ficha misma, recogimos algunas precisiones que adecuarían la ficha a las especificidades de las zonas rurales selváticas y que la harían más clara para el personal y para los promotores. Por ejemplo, las categorías para determinar la ubicación de las viviendas en la ficha corresponde a una organización habitacional urbana (manzana, lote, etcétera), pero esas distinciones no existen en las pequeñas localidades rurales, pues allí basta preguntar por el nombre: todos se conocen. Otra atingencia que hicieron fue que en la ficha sólo se distinguen entre "distrito" y "comunidad", pero no la de "pago", que es muy importante. Asimismo criticaron la ambigüedad del punto en el cual se pregunta quién ha visto monos muertos, pues para ellos no se comprende si la ficha se refiere a cualquier miembro de la familia o al enfermo. Sugirieron el reemplazo de términos como el de "patrón" en lugar de "empleador", o el de "caca de color negro" en lugar de "caca como brea" (la brea es un elemento desconocido en ese medio pero esa definición sí resulta útil en las ciudades). Por lo que se ve, a lo largo de la investigación recibimos muchas sugerencias de alternativas de notificación que van desde la
notificación verbal, el uso de colores e imágenes y el empleo de tarjetas donde aparezcan figuras tipo. No cabe duda, además, de que la ficha de vigilancia sindrómica deberá adecuarse a la realidad de las distintas regiones o zonas.

3.2. Recomendaciones sobre el sistema y la ficha de vigilancia

a) Los resultados del estudio permiten sugerir diversas recomendaciones en varios órdenes del sistema de atención. En lo que compete a la ejecución del sistema de vigilancia sindrómica, recomendamos atender las solicitudes recogidas de apoyo logístico, capacitación y motivación del personal, surgidas de las encuestas y entrevistas en profundidad. Además de éstas, hay múltiples cambios parciales que se desprenden del trabajo realizado, sintetizados en el acápite de conclusiones. Sin embargo, también consideramos conveniente proponer una revisión de la vigilancia epidemiológica y sindrómica para readecuarla a los objetivos, condiciones y recursos existentes actualmente.

b) El estudio muestra la enorme importancia del nuevo sistema de vigilancia sindrómica en tanto sistema de alerta precoz superior a la vigilancia de enfermedades. Recomendamos su desarrollo pleno, lo que creemos supone afirmar y desarrollar sus principios y objetivos fundamentales y adecuar su forma para el Perú. La vigilancia sindrómica busca superar el unicausalismo que existe detrás de la vigilancia de daños, adaptándose a la forma real en que se presentan las enfermedades, cuyos síndromes muestran síntomas y signos cruzados. Sin embargo sigue siendo una vigilancia de casos. Si bien ya no se trata de enfermedades sino de signos y síntomas de síndromes -lo que constituye un enorme avance- el sistema de salud local espera la enfermedad. Esto nos impide salir del cortoplacismo en la vigilancia de enfermedades tropicales, autolimitándonos a un impacto de corto plazo expresado en la eliminación del brote. Nos parece necesario proseguir este trabajo de vigilancia de daños y casos tempranos, pero dentro de un modelo de vigilancia más amplio, un modelo de vigilancia de riesgos poblacionales y de signos-síntomas.
c) La vigilancia en torno a riesgos poblacionales no se contrapone a la vigilancia de daños, pero la rebasa y permite obtener mejores resultados. Supone un modelo de vigilancia de la producción de riesgos poblacionales y un dominio progresivo de la dinámica de la salud y la enfermedad en la región. Por tanto, este tránsito del enfoque de daños al enfoque de riesgos pone énfasis en una visión georreferenciada de la vigilancia y de la atención, la construcción y monitoreo de un mapa sociodemográfico y epidemiológico identificatorio de riesgos, el establecimiento de los corredores, rutas de desplazamientos y rutas de propagación y la vigilancia de reservorios, vectores, de la densidad vectorial y nichos ecológicos patógenos. No es una vigilancia sólo de casos sino de riesgos productores de casos. Es probable que este nuevo sistema deba construirse en etapas y que la primera deba dar prioridad a los flujos de migratorios y de propagación, como un primer paso hacia el desarrollo de intervenciones integrales en torno a riesgos poblacionales.

d) En este sentido es muy importante identificar y caracterizar los focos endémicos como base para el desarrollo de acciones de prevención y control. Deben realizarse investigaciones para entender la dinámica de propagación de dichas enfermedades -sobre todo de la hepatitis viral y la bartonellosis- en la medida que carecemos de evidencia empírica para identificar intervenciones en la población, más aún en enfermedades de introducción reciente como la bartonella, que tiene una importante proporción de portadores asintomáticos que pueden contribuir a su propagación a nuevas áreas de los valles u otras regiones. En el caso de la hepatitis viral, es necesario descubrir en qué forma circula en estas poblaciones y expandir la vacunación contra la hepatitis B sobre los grupos más vulnerables.

e) Ello implica reforzar algunas capacidades de los establecimientos, tanto en personal como en recursos materiales, transporte e insumos para que estén en condiciones de monitorear procesos poblacionales.

f) También implica identificar un conjunto de intervenciones, muchas de ellas intersectoriales, para combatir y prevenir las enfermedades tropicales. El Ministerio de Salud, en los entes de gobierno regionales, podrá en esta óptica propiciar acciones interministeriales y promover un manejo de la ocupación del espacio y patrones de asentamiento territorial.
saludables, de tal modo que se pueda establecer un puente entre la vigilancia en salud pública y las acciones de gobierno, lo que hará más viable el desarrollo de intervenciones intersectoriales.

g) Asimismo implica el mejoramiento de la coordinación intrasectorial -e incluso entre DISA- para actuar conjuntamente sobre los desplazamientos poblaciones o, incluso, sobre las áreas geográficas de origen de los migrantes, identificando los corredores de migración no sólo para colocar garitas de vacunación sino para apuntar a espacios-población sobre los cuales podamos producir una inmunidad de grupo, algo aplicable para la fiebre amarilla. Así será posible educar y vacunar a los adolescentes migrantes en sus zonas de origen, lo que de seguro implicará una reducción importante de la mortalidad por fiebre amarilla en los grupos más susceptibles.

h) La vigilancia de poblaciones y la vigilancia basada en la captación de casos deben ser entendidas como niveles de un solo proceso. En ese sentido, además de las acciones poblacionales se debe reforzar la capacidad de respuesta de los establecimientos del primer nivel de atención para la captación de casos. Sin embargo, es necesario que haya un nivel de consistencia entre todas las acciones, de modo que un paciente afectado pueda acceder a diagnóstico y tratamiento gratuito ya sea de malaria o hepatitis viral, lo que haría más viable y coherente no solo la gestión de la vigilancia sino la percepción misma que sobre ella tiene la población.

i) Por otro lado, proponemos redefinir la estrategia de pesquisa de casos a través de categorías más simples que permitan una captación precoz de los individuos afectados, que sea compatible con la historia natural de las enfermedades de presentación más frecuente y que además sea fácilmente asimilable por los servicios. Ello debe estar acompañado por una simplificación de los instrumentos (fichas de vigilancia más sencillas y con menos datos, conforme a las recomendaciones recogidas) y por procedimientos más fáciles, que permitan que la actividad sea sostenible en todos los niveles en estándares adecuados. En ese sentido, recomendamos que la vigilancia se centre en los eventos fiebre e ictericia, desplazando la condición de hemorrágico de la definición de caso. Por un lado, estas categorías son fácilmente reconocidas por la población, y por otro, permiten una detección precoz de los daños, más aún cuando hay un...
conjunto de circunstancias que impiden que los pacientes lleguen al establecimiento en etapas iniciales de la enfermedad. Ello conduciría a una conducta más proactiva de los establecimientos y se apropiaría más a la forma como se están propagando las enfermedades en la población. En el fondo estamos pasando de la vigilancia de enfermedades a la vigilancia de síndromes, pero estas entidades también son de alguna complejidad, por lo que la línea de fuerza debiera ser el desplazamiento a una vigilancia de signos y síntomas. Como propusieron muchos de nuestros entrevistados, cabría diferenciar los tipos de vigilancia: la población y los promotores deben hacer vigilancia de síntomas y signos claves en la comunidad. Al personal de salud le corresponden los otros niveles de vigilancia.

j) Establecer un sistema de vigilancia de riesgos y signos-síntomas (o incluso uno de vigilancia sindrómica) en todo el país puede resultar inviable en términos de logística y financiamiento si no replanteamos la gestión de los sistemas de referencia y contrarreferencia. Tenemos serias dudas sobre la posibilidad de que la detección temprana de las enfermedades tropicales pueda descansar en nuestro país en la multiplicación de los laboratorios locales. Ello es deseable pero no es sostenible. Ya las primeras experiencias de una confirmación de casos in situ han descubierto múltiples problemas de apariencia logística. Es probable que la generalización del nuevo sistema en los ámbitos regional y nacional deba descansar en criterios de vigilancia de tipo centinela y estrategias de establecimiento de prioridades que permitan un uso racional y costo-efectivo de los recursos existentes. Parte del apoyo logístico debe ser para potenciar los sistemas de comunicación entre los establecimientos de salud con los diferentes niveles y, además, para fortalecer la capacidad de respuesta de los laboratorios locales, de acuerdo a las tendencias de presentación de estos daños. Los hospitales deberán pasar de asumir una actitud de inspección y control a cumplir una función facilitadora y de apoyo al trabajo de los establecimientos locales. Las condiciones geográficas, además de los elevados costos de operaciones, plantean que la estructura de referencia y contra-referencia sea por tanto flexible. Es probable que la mejor estrategia sea involucrar a un grupo de establecimientos que estén lo más cerca posible de las zonas de propagación. En la medida en que los focos de propagación cambien, los establecimientos centinela pasarán a ser otros de la red, cercanos a la
zona comprometida. Este modelo de vigilancia, siempre en el marco de una intervención poblacional que advierta previsoramente riesgos, tiene mejores posibilidades de impacto en las zonas de transmisión, en un contexto de limitados recursos materiales y financieros.

k) También es necesario resolver la contradicción entre una vigilancia por síndromes y los programas por enfermedades. A medida que la vigilancia sindrómica se extienda se hará más evidente esta contradicción. Dada la naturaleza vertical y paralela de los programas, su carácter independiente y la articulación propia de cada uno entre los componentes de sus intervenciones, la actual estructura por programas no es compatible con la articulación en paralelo de la vigilancia sindrómica. Ésta es ya una vieja contradicción del sistema de atención que se pone de manifiesto con la aparición de la vigilancia sindrómica. Los promotores se quejan de la multiplicación de instrumentos, y el personal técnico y de enfermería de su imposibilidad de hacer una búsqueda activa (una vigilancia realmente precoz, por no hablar de una vigilancia de poblaciones) por estar ocupados cumpliendo con los programas a su cargo. Así no puede haber una globalización de la vigilancia en los establecimientos. Esta estructuración de todos en todo implica un gasto ineficiente de los escasos recursos. Pensamos, además, que sería un error hacer de la vigilancia sindrómica de enfermedades asociadas al SIFHA otro programa paralelo. Es necesario avanzar en la integración del sistema de vigilancia -incluyendo la sindrómica- y enriquecer la vigilancia comunal. No se trata de crear otra red aparte sino de acoplar la tarea en las redes actuales de vigilancia, ya de por sí numerosas.

l) Cabe también replantearse lo que hemos venido haciendo en términos de participación comunal y de capacitación. La lógica de vigilancia de daños o de captación de casos refuerza que el personal acuda a la población sólo cuando hay problemas y que la participación comunal desaparezca en las etapas de silencio epidemiológico. Una buena vigilancia implica un enlace constante con la comunidad, el fortalecimiento del promotor y la ampliación de su número por comunidad, y la ampliación de la red de informantes-claves comprometiendo a la red de autoridades, colegios, profesores y otros actores comunales e involucrando a todos los agentes locales de salud. Por otro lado deben replantearse las acciones de
capacitación, porque hay indicios de su baja eficacia. Es probable que la metodología de charlas y talleres venga mostrando sus límites y que debamos buscar estrategias de “aprender haciendo”, trabajando intervenciones educativas en torno a acciones de supervisión basadas en el análisis participativo de las tareas y de compromisos y consensos de desempeño. Por último, se debe atacar el problema de la alta tasa de rotación del personal de la periferia rural, porque ello resta operatividad a todo el sistema.

m) Es importante considerar el trabajo en comunidad como el primer espacio de construcción de acciones intersectoriales para efectos de contención de riesgos poblacionales. Por eso se debe consensuar con la población estilos de vida más protectores y aprender a desarrollar la educación comunal en un contexto multicultural, lo que supone una nueva forma de hacerla no sólo en cuanto a metodologías sino en cuanto a contenidos. Hay que buscar puntos de encuentro entre la nosología popular de las enfermedades y los contenidos educativos preventivo-promocionales. Una de las formas de articular sinérgicamente las percepciones locales con el modelo de vigilancia sindrómica debiera ser la inclusión de las percepciones e interpretaciones locales sobre los signos y síntomas asociados al SIFHA que tienen las comunidades dentro de los “aspectos bajo vigilancia”. Es más, como se ha visto, hay un grupo signos y síntomas percibidos por la comunidad como atentatorios contra la salud individual y grupal que constituyen en estado práctico una salud pública colona o nativa, coincidente en muchos aspectos con la salud pública profesional. Esta nueva “hoja de navegación” sindrómica guiará más eficazmente a los agentes comunitarios de salud a la identificación de los “individuos susceptibles” para su investigación. Se trata de establecer un puente e interacción entre las percepciones locales y la vigilancia del occidentalizado sistema de salud que permitan el nacimiento de un modelo híbrido de vigilancia que sea percibido como importante por la comunidad, coadyuve a su participación directa y contribuya a la sostenibilidad del sistema.

n) En el fondo se trata de construir una interculturalidad saludable y de abandonar la idea de que las creencias populares son incompatibles con el combate común a la enfermedad, que la vida saludable pasa por el
abandono de las identidades originarias y la transculturación. Obviamente
todo esto supone convertir las redes de promotores en redes de
comunicación que involucren una mayor cantidad de personas. El sistema
de vigilancia no debe tener una frontera cortante en los promotores sino
saber articular las estructuras comunitarias y las asociaciones de
promotores. En ese proceso deben ser incorporados otros recursos
comunitarios en salud.

o) Por último, una debilidad que no atañe específicamente a la vigilancia pero
que repercute sobre ella es la falta de una política de recursos humanos
motivadora y promocional, que en cierta medida debe ser específica para
las zonas rurales. Ciertamente en los últimos años se han dado
importantes incentivos para la descentralización del personal de salud,
pero ello no ha evitado la alta deserción de profesionales ubicados en la
periferia rural. Así, existe una permanente fuga de capacidades.
Probablemente esto debe llevar a revisar las formas y periodos de
contratación de personal para trabajo en periferia. A esto se añaden las
quejas del personal más estable sobre la falta de motivación y de
capacitación. Ésta es la percepción subjetiva del personal sobre su
situación, pese a las enormes muestras de entrega e iniciativa que hemos
observado en nuestro trabajo de campo. Es probable que en el futuro se
deban restablecer bajo nuevas características el servicio civil, los
ascensos y categorías y las recertificaciones de los profesionales -incluso
en las nuevas condiciones de personal no sólo nombrado sino contratado-
todo ello articulado a nuevos mecanismos de pagos individuales. Por último,
la formación de recursos humanos en salud ha venido siguiendo una
tendencia inversa a la planteada por la expansión de las redes periféricas
y el trabajo comunal-rural. La formación se ha occidentalizado más y la
práctica de salud en alguna medida se ha ruralizado. El Programa Salud
Básica para Todos exige otro perfil de competencias diferente al de los
egresados de las universidades. El principal demandante de trabajo
necesita afectar la oferta educativa, y por tanto sistematizar el modelo
formativo nuevo de medicina ruralizada moderna implícito en su accionar.
Bibliografía


Bennett, Beverly. "La traída y destierro de Inaenka: transformaciones en la salud y la medicina entre los machiguenga". En Fernando Santos Granero (ed.). *Globalización y cambio en la amazonía indígena*. Quito: AbyaYala 1996.


Caballero, Víctor. "Diagnóstico rápido del valle del río Apurímac y Ene"


Cabezas C. Epidemiología de las hepatitis virales B (HVB) y delta (HVD) en el Perú. INS: 1999.


Canales J. “Análisis de las enfermedades hemorrágicas en Quillabamba". Informe no publicado.


Choo, Chun Wei. The Knowing Organization: how organizations use information to construct meaning, create knowledge, and make decisions.


Fuenzalida, Fernando. "La cuestión del mestizaje cultural y la educación en


Guattari, F. et al. La intervención institucional. México D.F.: Plaza y Valdés
Folios 1987.


Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). “Perú: mapa de necesidades básicas insatisfechas de los hogares a nivel distrital”. Lima:
INEI 1994.


Maguiña, Ciro; Raúl Acosta; Eduardo Gotuzzo; Juan Cabrera; Patricia Campos; Juan Echevarría; Darwin Vizcarra; Jaime Cok; Juan Ferrufino. “Compromiso del sistema nervioso central en la enfermedad de Carrión”. *Revista de Neuropsiquiatría* 59(1/2):3-25, mar.-jun. 1996.


Martínez, H. “Venticinco años de estudios sobre migraciones andinas


Menéndez, E.L. "Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias del sector salud". Cuadernos Médico Sociales No. 27.


Menéndez, E.L. “El proceso de alcoholización. Revisión crítica de la producción antropológica, histórica, sociológica y biomédica en América


MINSA. Boletín epidemiológico S.E. 22, 2000, Dirección de Epidemiología. DISA Cusco.


Montoya, Manuel; Ciro Maguiña; Benjamín Vigo; Rubín Caparo; Edgard Briceno; Ludgardo Astorga; Palmira Ventosilla; Enrique Pérez; Humberto Guerra. “Brote epidémico de enfermedad de Carrión en el valle sagrado de los incas (Cusco)”. Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna, 11(4):170-6, 1998.


Morgan, David L. (ed.). Successful Focus Groups: Advancing the State of


Salazar, María C. La investigación-acción participativa: inicios y desarrollos. Tarea Asociación de Publicaciones Educativas, Horacio Urteaga 976, Lima 11, Perú.


SIEMPRO-UNESCO. “Gestión integral de programas sociales orientada a resultados: manual metodológico para la planificación y evaluación de


Anexo

Glosario de términos utilizados por pobladores colonos y nativos*

Nombres populares de signos y síntomas

<table>
<thead>
<tr>
<th>Término</th>
<th>Significado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Aylla</td>
<td>Estado amarillento y palidez (quechua).</td>
</tr>
<tr>
<td>Chucchu o shucchu</td>
<td>Fiebre y escalofríos intermitentes. A asociado a mal del hígado (quechua).</td>
</tr>
<tr>
<td>Yahuarshutshuka</td>
<td>Pérdida de sangre abundante. Hemorragia (quechua).</td>
</tr>
<tr>
<td>Tericia</td>
<td>Color amarillo de piel y ojos. A asociado a mal del hígado (origen castellano, proviene de ictericia).</td>
</tr>
<tr>
<td>Kas hinkatansi</td>
<td>Fiebre (asháninca).</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Nombres populares de enfermedades

<table>
<thead>
<tr>
<th>Término</th>
<th>Significado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Alcanzo</td>
<td>Enfermedad causada por el hechizo de un espíritu existente en la naturaleza (cerros, tierra, árboles). A asociado a seres míticos ancestrales que, se piensa, vivieron en la Tierra en una era anterior a la de los seres humanos actuales. En algunos de los casos seguidos del síndrome se pensó en esa enfermedad.</td>
</tr>
<tr>
<td>W aspi</td>
<td>Causada por el hechizo de un espíritu de puquio o manantial.</td>
</tr>
<tr>
<td>Pacha</td>
<td>Se puede considerar como una subdivisión del alcanzo. Se refiere específicamente a los espíritus de la tierra (pacha es “tierra” en quechua).</td>
</tr>
<tr>
<td>Susto</td>
<td>Enfermedad causada por una fuerte impresión psicológica. En algunos casos se puede atribuir al ánimo de uno de los espíritus del ser humano de parte de una entidad de la naturaleza. Los signos no parecen acercarse a los del síndrome.</td>
</tr>
<tr>
<td>Daño</td>
<td>Enfermedad causada por hechicería. Los signos son muy variados, y si bien encontramos algunos casos de los seguidos (con el síndrome e) donde se pensó en esa enfermedad, podría pensarse en daño por la gran amplitud que pueden tener los signos.</td>
</tr>
<tr>
<td>Soplo</td>
<td>Simila al alcanzo, pero usado en el valle de La Convención.</td>
</tr>
<tr>
<td>Mal aire</td>
<td>Causado por una corriente de aire. En algunos casos se habla del aire de algunos espíritus, pero la causa no se considera mágica en todas partes.</td>
</tr>
<tr>
<td>Kashire</td>
<td>Todo tipo de enfermedades (asháninca).</td>
</tr>
</tbody>
</table>
## Hierbas y otros materiales curativos

<table>
<thead>
<tr>
<th>Término</th>
<th>Significado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Barro Tién</td>
<td>Tiene que ser húmedo y tener un olor muy fuerte, a podrido. Se coloca en la barriga o el abdomen en o en algunos otros lugares del cuerpo, incluso se puede colocar en todo el cuerpo.</td>
</tr>
<tr>
<td>Hierbasanta</td>
<td>Hierba amarga, su infusión se bebe sola, con Sal de Andrews, con sal de frutas Eno o con una antalgina. También se usa con o baño y, en ocasiones, sus ramas se amasan a la cabeza. También es usada por los asháninka, donde se conoce como vizacuchi.</td>
</tr>
<tr>
<td>Ceciliana</td>
<td>Es un tipo de calabaza. Se toma a su jugo. También se conoce como calabaza de monte o calabaza china. A veces su jugo se combina con el de tomate. También es usada por los asháninka, quienes la combinan con jugo de betanzaga.</td>
</tr>
<tr>
<td>Aromam a</td>
<td>Hierba amarga usada por los asháninka. Su uso se asocia con la malaria.</td>
</tr>
<tr>
<td>Paico</td>
<td>Se toma hervido en agua con quinua.</td>
</tr>
<tr>
<td>Zanahoria</td>
<td>Se toma su jugo, su extracto. Su uso se asocia con la hepatitis.</td>
</tr>
<tr>
<td>Quinua</td>
<td>Se toma a hervida en agua con paico.</td>
</tr>
<tr>
<td>Orines maduros</td>
<td>Se refiere a los orines guardados durante algunos días (en algunos casos en cuernos) que ya están fermentados. Se hierven y en algunas ocasiones se toman con Sal de Andrews.</td>
</tr>
<tr>
<td>Perejil</td>
<td>Se toma su infusión o se come. Su uso se asocia más claramente con la hepatitis. A veces se toma con Sal de Andrews o con hepabionta. En ocasiones se pone perejil en un caldo de hígado de carnero negro que se toma a.</td>
</tr>
<tr>
<td>A cebolla de rico</td>
<td>Se toma para el estreñimiento.</td>
</tr>
<tr>
<td>A cebolla de almendras</td>
<td>Se toma para el estreñimiento.</td>
</tr>
<tr>
<td>Taiguamargo</td>
<td>Fruta parecida a la papaya cuyo jugo se toma a. Su uso se asocia con la tifoides.</td>
</tr>
<tr>
<td>Hígado de carnero negro</td>
<td>Se prepara un caldo y se come la carne. A lcaldo se le agrega perejil.</td>
</tr>
<tr>
<td>A lín-alto</td>
<td>Es una hierba que se usa con o cataplasm a.</td>
</tr>
<tr>
<td>Bilis</td>
<td>Se combina con bilis de cualquier animal. Se asocia a menudo a la causa de malaria.</td>
</tr>
<tr>
<td>Herb</td>
<td>Use</td>
</tr>
<tr>
<td>------</td>
<td>-----</td>
</tr>
<tr>
<td>Hiel de pescado</td>
<td>Los ashánincas comen hiel de pescado. Se dice que sirve para prevenir la malaria.</td>
</tr>
<tr>
<td>Alocino o alcocem</td>
<td>Es una hierba que se hierve con un poco de sangre de grado y un poco de jugo de sábila. Se piensa que esta combinación cura la tifoides.</td>
</tr>
<tr>
<td>Yuma</td>
<td>La raíz de esta hierba amarga es tomada por los ashánincas.</td>
</tr>
<tr>
<td>Tongo</td>
<td>Es una fruta que se raspa y se obtiene un jugo que se toma.</td>
</tr>
<tr>
<td>Coco</td>
<td>Se toma el agua de coco.</td>
</tr>
<tr>
<td>Tongoja</td>
<td>Se toma el jugo, a veces con hinojo con jugo de cecillana.</td>
</tr>
<tr>
<td>Linia dulce</td>
<td>Se toma su jugo.</td>
</tr>
<tr>
<td>Onchilla</td>
<td>Hierba cuyu jugo se toma durante tres días, por lo menos.</td>
</tr>
<tr>
<td>Manzanilla</td>
<td>Hierba cuya infusión se bebe en ocasiones junto con cedrón y toronjil.</td>
</tr>
<tr>
<td>Cedrón</td>
<td>Hierba cuya infusión se bebe en ocasiones junto con manzanilla y toronjil.</td>
</tr>
<tr>
<td>Toronjil</td>
<td>Hierba cuya infusión se bebe en ocasiones junto con cedrón y manzanilla.</td>
</tr>
<tr>
<td>Sábila</td>
<td>Se toma su jugo, que tam bién se llama suero. Es amarga. Se puede echar un poco de sábila a una infusión de alocino y un poco de sangre de grado.</td>
</tr>
<tr>
<td>Llanalí</td>
<td>Hierba cuya infusión se toma. Es amarga.</td>
</tr>
<tr>
<td>Plátano guinea</td>
<td>Es un tipo de plátano. Se bebe el jugo que se obtiene del tallo de la planta.</td>
</tr>
<tr>
<td>Café verde</td>
<td>Se muele y se come.</td>
</tr>
<tr>
<td>Adriya</td>
<td>Fruta parecida a la naranja, sólo se debe coger en la mañana o antes de que aparezca el sol por la mañana, a veces su jugo se toma con Sal de Andrews.</td>
</tr>
<tr>
<td>Papaya</td>
<td>La pepa se muele y se come. Esta es un caso muy específico para curar la ictericia, a diferencia de los demás que se indican para la fiebre. En ocasiones también se toma su jugo para limpiar el estómago.</td>
</tr>
<tr>
<td>Tilí</td>
<td>Hierba cuya infusión se bebe.</td>
</tr>
<tr>
<td>Manay</td>
<td>Hierba cuya infusión se bebe.</td>
</tr>
<tr>
<td>Upa</td>
<td>Hierba cuya infusión se bebe.</td>
</tr>
<tr>
<td>Chancapiedra</td>
<td>Hierba cuya infusión se bebe. También es usada por los ashánincas.</td>
</tr>
<tr>
<td>Sinsapucho</td>
<td>Hierba que se hierve con ajena y se toma.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Cebolla</strong></td>
<td>Se da de comer o de oler al enfermo para curar hemorragias.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Sangre de grado</strong></td>
<td>Es la savia de un árbol. Se toma entre otras cosas para parar las hemorragias, entre ellas las vaginales. Se puede echar un poco de sangre de grado a una infusión de alocino con un poco de sábila.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Betarraga</strong></td>
<td>Su jugo se toma a veces con birindio con jugo de papaya y de zanahoria. Los ashánincas toman jugo de betarraga con birindio con jugo de escallona.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Huaco</strong></td>
<td>Hierba fresca que se bebe con o infusión para aliviar la fiebre y otros males.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Cascarilla</strong></td>
<td>Hierba fresca que se bebe con o infusión para aliviar la fiebre y otros males.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Rata-rata</strong></td>
<td>Hierba fresca que se bebe con o infusión para aliviar la fiebre y otros males.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>A yahuasca</strong></td>
<td>Planta alucinógena en lim a de llana (Banisteriopsis spa.). Sirve con o purgante. Suela usarse con aditivos. Es usada exclusivamente entre la población nativa.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Todos son frescos. Si no se especifica otra cosa, sirven para detener el calor del cuerpo.*

### Elementos de cura no mágicos

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>Térm ino</strong></th>
<th><strong>Significado</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>A tado de cintura</strong></td>
<td>Se amarra la cintura de un paciente con hemorragias por la boca. Este procedimiento tiene como objetivo detener la hemorragia.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Baños</strong></td>
<td>Con hierba santa sobre todo, aunque también hay baños de baño.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Elementos de cura mágicos

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>Térm ino</strong></th>
<th><strong>Significado</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Pagapo</strong></td>
<td>Es el nombre genérico para las ofrendas que se hace a los espíritus de la naturaleza que han generado las enfermedades. Actualmente los tipos más comunes son el entierro y el sahum erido, pero antiguamente también era habitual la huacara. Estas ofrendas las realiza un curandero e incluyen ofrendas u oraciones.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Perro</strong></td>
<td>Sacrificado como ofrenda para el alcance.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Cuy</strong></td>
<td>Se pasa por el cuerpo del paciente; sirve como una limpieza del mismo. Luego se sacrifica y sus vísceras indican el daño que tenía el paciente.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Huacara</strong></td>
<td>El “remedio” (atado de elementos mágicos), flores y una panca de maíz se lanzan hacia el espíritu del cerro u otro. Es un tipo de pagapo.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Entierro</strong></td>
<td>En ocasiones las ofrendas se entierran. Se pueden usar diversos materiales, como velas, cigarros, flores, ropas del enfermo, algunos atados con elementos mágicos, etcétera.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Sahum o o sahum erido</strong></td>
<td>Paquete con diversos productos, con o incienso, gases de llamas, algunas hierbas o zanahorias, que se usa como un ofrenda para parar enfermedades de tipo mágico. Este paquete se quema en el lugar donde se encuentra el ser al que se quiere hacer la ofrenda. Se compra en Ayacucho.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Tipos de curanderos

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>Térm ino</strong></th>
<th><strong>Significado</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Pongo o hayaro espiritista</strong></td>
<td>Es un grado alto de curandero entre los colonos. Puede dialogar con los espíritus. Ellos le indican la cura y lo aconsejan en diversos temas más allá de los puramente médicos.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Naturista o hampi o hampicam ayoc</strong></td>
<td>Es un curandero simple entre los colonos que realiza pagos, es conocedor de hierbas y usa oraciones para curar.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>V aposeo o curandero</strong></td>
<td>Térm ino genérico de quien practica antiguas curaciones para los asháninca. Es un especialista de menor categoría que el shiripiari. Sabe utilizar el vaporo para curar el “daño”.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Shiripiari</strong></td>
<td>Literalmente, “el que masticaba tabaco” (asháninca). Curandero asháninca de alto...</td>
</tr>
</tbody>
</table>
rango. Es aquel que manipula los espíritus, negocia con ellos y mediante estas negociaciones realiza las curaciones. También tiene la capacidad de enviar daños con sus armas mágicas.

* Todos son frescos. Cuando no se especifica otra cosa, sirven para bajar el calor del cuerpo. Cuando no se especifica que es usado por los ashánincas debe asumirse que se trata de remedios usados por población colona.
ENFRENTANDO A LAS AMENAZAS DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EMERGENTES Y RE-EMERGENTES EN EL PERÚ

Camilo Camillo 402, Jesús María
Lima 11 - Perú
Telf. (51)-1-332 3482
Fax (51)-1-332 3458
www.minsa.gob.pe/pvigia