



ESPLENDOR Y CAÍDA DE LOS PROMOTORES DE SALUD EN NAUTA

Víctor Lozano Roldan¹

Cuando ocurre una pandemia como la que estamos padeciendo, la salud no puede confiarse a una sola persona, a un hospital, a una idea, o a una futura vacuna; se necesitan redes para enfrentarla de manera sistémica, operativa e inmediata. Una de las redes más interesantes que funcionaron en la selva (y en otros lugares del Perú) en los años 80 y 90 fueron los Promotores de Salud. Ellos enfrentaron con éxito la problemática de la salud en los pueblos y caseríos y tuvieron un destacado papel cuando en marzo de 1991 llegó el cólera a la selva y, poco después, el dengue. A ellos se debe la relativamente baja letalidad de aquella epidemia, además de la mejora de la salud integral de los pueblos ribereños. Hoy se les echa de menos. Eran una red preparada y adecuada para el trabajo con los pueblos nativos, tan alejados geográfica como culturalmente del sentir nacional. En el actual drama creado por el coronavirus, a pesar del tiempo suplementario que gozó el sistema de salud hasta que llegó a las riberas, no hubo una estrategia sanitaria de emergencia adecuada a la realidad de los pueblos originarios y ribereños.

Los promotores de salud fueron reconocidos por la OMS a inicios de los años 70. En la selva empezaron a tomar carta de ciudadanía una década más tarde. En la parroquia de Nauta (distrito del mismo nombre, provincia de Loreto), por ejemplo, comenzaron a funcionar con el Centro de Capacitación Campesina de la Amazonía (CENCCA), en 1983. El CENCCA fue el fruto maduro del P. Antonio Aladro, un misionero agustino que trató de ampliar horizontes. En concreto, quiso sembrar, junto a la Iran Cumitza -Buena Noticia-, la promoción social y el desarrollo integral del pueblo kukama. Allí se comenzaron a formar y capacitar los promotores de salud, pero también promotores de mecánica, agropecuaria y carpintería, es decir, aquellas áreas que fueron consideradas de especial importancia para el desarrollo y el empoderamiento social de los pueblos ribereños. Junto a ellos, se incorporaron también los Animadores de Comunidades Cristianas, un proyecto de evangelización que había iniciado la Parroquia en los años del postconcilio y que tenía como eje la participación de los laicos. La buena formación y capacitación que recibieron en sus respectivas áreas, llevaron a estos animadores y promotores a un liderazgo notable en sus comunidades, lo cual serviría, a la postre, como germen y base de las futuras organizaciones sociales y políticas de los pueblos indígenas. Porque cabe mencionar que, por aquellos años, los kukamas no se consideraban pueblo nativo, sino ribereños mestizos, una fórmula de resistencia pasiva que utilizaron para mantener a raya el rodillo de la discriminación y el racismo de la sociedad nacional. Años después, al cambiar ciertas premisas socio económicas, estos pueblos se inscribirían sin problema alguno como comunidades nativas.

¹ Hermano Agustino, Parroquia de Nauta-Loreto

Esta experiencia se llevó a cabo en el ambiente de la parroquia de Nauta, que contaba con 55 pueblos entre el bajo Marañón e inicio del Amazonas, pero la experiencia fue más o menos paralela y coetánea en todas las parroquias rurales del Vicariato de Iquitos, y en los Vicariatos vecinos de Requena e Indiana, con los que teníamos una relación muy estrecha, debido a los Encuentros intervicariales de animadores de comunidades cristianas. Sin embargo, cada parroquia tenía sus propias peculiaridades. Así por ejemplo, la parroquia de Santa Rita de Castilla, además de los animadores y promotores de salud contaba con las Movilizadoras Sociales, el programa “Buen Inicio para niños”, los grupos de “Derechos Humanos” y los corresponsales de “Radio La Voz de la Selva” y de “Surcando”, una revista artesanal de circulación provincial que se producía y se distribuía desde la parroquia de Nauta.

Los promotores eran elegidos por la propia comunidad, después de una fuerte motivación por parte del equipo parroquial. Algunos se presentaban como voluntarios, pero siempre debían ser ratificados por la comunidad. Tenían el carácter de voluntariado para la realización de un trabajo social gratuito. El CENCCA se comprometía a capacitarlos, y ellos se comprometían a verter sus conocimientos en beneficio de los pobladores. Los promotores de salud llegaron a tener muy pronto una especial relevancia en las comunidades, dada la importancia que tiene la salud en la valoración de las personas. Su tarea no consistía solamente en atender casos puntuales de accidentes, enfermedades u otros, sino sobre todo, en la prevención de las principales enfermedades que sufrían las poblaciones rurales de la selva. Es decir promover estilos de vida saludable e identificar los factores que estaban afectando la salud de la población, a la vez que establecían acciones articuladas entre familias, autoridades y líderes para cambiar la realidad.

También hacían coordinaciones con el personal del Ministerio de Salud (MINSA) para campañas y vacunaciones y, por supuesto, eran capacitados para el manejo del “Botiquín comunal”, con el registro minucioso de intervenciones y casos. El alto aprecio que tuvieron desembocó en el apoyo personal que muchos recibían por su dedicación, y la rapidez con que las comunidades tomaron la decisión de crear y equipar los botiquines comunales.

Al momento de iniciar esta experiencia, su realidad era muy difícil. Además de la incomunicación por la distancia geográfica y al clásico abandono por parte del estado, campaba a sus anchas el alcoholismo en los adultos, la desnutrición y la parasitosis en los niños, las enfermedades derivadas de la maternidad en la mujer, y en casi todos, las diarreas y enfermedades infecto contagiosas por la carencia de agua potable y desagüe, amén de las enfermedades respiratorias, la tuberculosis, la malaria, la diabetes y otras. Nauta no contaba con un médico estable, por lo que uno se puede imaginar cómo estaban los distritos y los pueblos. Una de las impresiones que podría ser más impactante para un recién llegado, fue la alta tasa de mortalidad infantil. Raro era el día en que no sonaba la campana para un entierro de infantes. Se sabía de esta realidad porque de Nauta y de los caseríos más cercanos llegaban a la parroquia niños totalmente deshidratados para un bautismo in extremis. La causa principal eran las diarreas, normalmente por las condiciones poco higiénicas, y por beber el agua sin tratar, directamente del río. Muy poco tiempo después, gracias a la intervención de los promotores, esta situación se había revertido casi radicalmente. ¿Qué había pasado?

Estos hechos nos hacen entrar al tema de las creencias y la apropiación que los promotores, sin renunciar a la medicina tradicional, hicieron de la medicina occidental. Porque no se trataba de sustituir una medicina por otra, sino de sumar la una a la otra. Según su perspectiva, cuando un niño tenía diarrea no le daban agua, porque el agua aumentaba la diarrea, la diarrea le llegaba por otras causas, no por el agua; el agua era buena, siempre había sido buena; además, el agua es viva, si la hierves, la matas, decían. El discurso occidental no penetraba, incluso a coste de la muerte de un niño por deshidratación. Por ello, eran situaciones especialmente felices, ver cómo aquellos promotores abrían los ojos como platos cuando comprobaban en el microscopio aquellos “bichitos” que se movían a sus anchas en una simple

gota de agua. ¿Qué pasaba entonces con aquella muñeca llena de agua, que la enfermera tenía sobre la mesa, y qué habría que hacer, si somos 70% agua, cuando poco a poco, debido a las diarreas, la iba perdiendo? Esta formación experiencial, directa, intercultural, entrelazada de interrelaciones sanas, partiendo siempre de los saberes previos, comenzaba a dar sus frutos. Era emocionante ver cómo caían en la cuenta, finalmente, que siempre que había fiebre era porque en algún lugar del cuerpo había una infección. En un caso especial, el promotor de Santa Fe, antes que promotor, era ya un connotado y respetado médico vegetalista. Por tanto, no era una simple sustitución, mucho menos un menosprecio de la medicina tradicional. De hecho, el CENCCA, además de facilitarles el Manual del Promotor de Salud, -una especie de vademécum ilustrado, pedagógicamente impecable-, producía también pequeños subsidios para la utilización práctica de plantas medicinales y otros. En especial, se recomendaba la utilización de la conocida resina del ojé para la desparasitación de niños y adultos, con las proporciones adecuadas para un buen uso terapéutico, porque el equipo mismo la aplicaba, y se observaban buenos resultados.

El CENCCA recogía con los botes -uno aguas arriba y otro aguas abajo de Nauta- a los promotores de cada una de las áreas por turno y los trasladaba al centro, donde por espacio de 15 días tenía lugar la capacitación en el área respectiva, unida a la formación humano-cristiana. La tarea comenzaba muy temprano, con la primera claridad del alba, camino de la chacra y concluía ya entrada la noche con temas de formación integral. Cuando pasaban todas las áreas de promotores y animadores, había un receso temporal, y a continuación, comenzaba la visita del equipo a cada uno de los caseríos, para observar in situ los avances y los problemas de sus desempeños. Pasado un tiempo prudencial, se iniciaba un nuevo ciclo de capacitación y visitas. El P. Antonio había ideado una palabra mnemotécnica con la que trataba de condensar las cualidades que debían adornar la vida y la tarea de un buen promotor o animador: la palabra era POTES. El promotor debía ser un hombre de Palabra, de Oración (de fe), de Trabajo, de Estudio (superación personal) y de Servicio. Estas cualidades, machaconamente repetidas e ilustradas de mil modos, junto a la cercanía del equipo formador, crearon una mística de confianza y un liderazgo de trabajo y de acción realmente admirables a favor de la vida. Al guiarles un espíritu cristiano, sentían que sus intervenciones eran de alguna manera, la continuación y el ejemplo de las acciones de Jesús. En cada pueblo, promotores y animadores conformaban un equipo sólido, -o al menos esa era la intención-, donde todos debían apoyarse mutuamente para el logro de los objetivos comunitarios que se planificaban.

La comunicación fue otro de los roles inapreciables de los promotores, sobre todo en un país como el Perú, cuyo etnocentrismo cultural no ha permitido apreciar que no hay un solo Perú, que este es diverso y pluricultural, y que no cabe, por tanto, un solo discurso. Es lamentable la postura centralista del poder, el logos errático del desierto costeño subido al estrado, tratando de ordenar la biodiversidad de la selva. Como era de esperar, tampoco en esta pandemia el discurso llegó a las comunidades, y qué duda cabe, se echan de menos a los promotores de salud, porque ellos hubieran sido los verdaderos intérpretes y traductores del discurso oficial hacia los pueblos originarios junto a los apus y los líderes de las organizaciones nativas, que una vez más, han sido marginados. Ellos eran los llamados a transmitir, con sus propios códigos, lo que había que hacer y lo que había que evitar, porque manejan sus mismas claves culturales; no olvidemos que el promotor no es un sanitario que va cuando va, y está cuando está. Ellos viven en el pueblo, son el pueblo. Ellos son el brazo más largo y lejano del MINSA, pero también el más cercano a la gente de esos pueblos, secularmente abandonados a su suerte por los diferentes gobiernos. Fueron también un elemento clave en la coordinación de las campañas de salud y vacunación, junto a los funcionarios del MINSA. Por eso, cuando en 1991 llegó el cólera a la selva encontró a los promotores trabajando en red y salvando vidas, de ahí que aquella pandemia no tuviera la alta letalidad que se esperaba. Porque el cólera apenas tiene proceso: la infección actúa de manera inmediata y fulminante, de modo que, si no había una rápida rehidratación, en pocas horas el paciente estaba muerto. Poco después, concluida aquella pandemia, vimos cómo el ninguneo a los promotores y la desarticulación de las organizaciones populares por parte de aquel gobierno, supuso una fuerte regresión en casi todos los órdenes.

La desarticulación de las redes de promotores se inició cuando intervino el estado y comenzó a circular dinero de por medio. Porque aquellos actuaban como líderes en salud, con el respaldo de la comunidad en la prevención de enfermedades y en la intervención puntual sobre casos. Su trabajo era un servicio voluntario y gratuito. Sin embargo, el dinero fue un factor de ruptura cuando medió el estado ofreciendo capacitaciones pagadas, dinero para desplazamientos y otras dádivas. Ahí comenzaron las dudas y desajustes: “por qué a unos sí y a otros no”, “por qué unas veces se financiaban cursos o encuentros y otras decían que no había plata...”. El resultado fue que emergió el interés personal en lugar del altruismo: “si no me pagan no voy, si no me dan no intervengo”. No obstante, en el fondo anidaba una toma de postura en favor del conocimiento biomédico, en detrimento de los saberes y prácticas nativos, que fueron tomados con menosprecio, cuando no con simple y llano desprecio. Faltó sin duda la valoración de los conocimientos y prácticas locales de salud que aportan un correlato intercultural. Por otra parte, las intervenciones médicas occidentales no siempre encajaban bien en el pensamiento indígena, porque el ser humano funciona por creencias, y estas, obviamente, son distintas en cada cultura.

También ocurrió que, desde algunas poco memorables altas instancias, surgió la “luminosa” idea de atender a las poblaciones ribereñas desde un hospital flotante que navegaría de puerto en puerto atendiendo las necesidades de la población. Sin embargo, al poco tiempo todo quedó en agua de borrajas, sin barco, ni médicos, ni hospital. Pero tampoco promotores, porque lamentablemente, habían sido olímpicamente orillados. Otra causa más que contribuyó a esta marginación fue, sin duda, la creación, a inicios de los años 90, de un Instituto Superior Tecnológico en Nauta, que titulaba enfermeros y técnicos sanitarios que se incorporaban, con sueldo, al MINSA para la atención en las postas. Y nuevamente el dinero, actuó de fondo sembrando la discordia: porque mientras unos recibían sueldo, los otros actuaban gratuitamente, con lo que los pueblos que no tenían posta médica -y que son la mayoría-, se quedaron sin la atención del estado y sin la atención del promotor. ¿Dónde están los promotores hoy? No es que les hayan eliminado oficialmente, pero la brecha creada entre la normativa emanada de las políticas sociales y el equipamiento de las mismas, dejó en el limbo a toda una generación de buenos y experimentados promotores de salud. En conclusión. El promotor de salud es una persona elegida y comprometida con la comunidad en la que vive y a la que sirve gratuitamente. Un individuo cercano, tanto física como culturalmente, que ha generado confianza entre los suyos por su dedicación responsable a la salud comunal. Aunque se capacita principalmente para desarrollar tareas de prevención y promoción de la salud humana, actúa también con solvencia sobre las enfermedades más comunes de su entorno comunitario. Si bien realiza labores de tipo asistencial, como intervenir en primeros auxilios, poner inyectables, medir la presión, detectar infecciones, curar heridas o recetar medicinas genéricas, lo determinante son las tareas de tipo preventivo, promocional y organizativo, entre las que no puede faltar la coordinación con las diferentes autoridades locales, provinciales y del sector salud. El Botiquín es otro de los servicios de la comunidad a cargo del promotor. Desde allí administra las medicinas esenciales que sirven para atender las enfermedades más comunes que afectan a la población, según los protocolos establecidos, y sobre los que elabora fichas de atención y control.

La razón por la que fueron, y pienso que siguen siendo, necesarios, no es otra que la baja cobertura en servicios sanitarios con que cuenta el MINSA, especialmente en las áreas rurales; pero también son necesarios, porque frecuentemente las barreras culturales, económicas y lingüísticas, impiden a las comunidades rurales y nativas la pertinente utilización de los servicios existentes. En principio, el Agente Comunitario de Salud (ACS), como se le llama hoy al promotor, es un trabajador de la salud no profesional, pero capacitado, que trabaja en primera línea, llegando a las personas más alejadas y necesitadas del sistema de salud. Lamentablemente se observa que, a pesar de los grandes avances a nivel mundial en medicina y farmacología, siguen existiendo poblaciones vulnerables, con poco o nulo acceso a cuidados

básicos de salud. En este contexto, los promotores tienen un papel protagónico por ofrecer cuidados sanitarios básicos en las comunidades más alejadas geográfica y culturalmente, ante la frecuente inoperancia -o la ausencia, sin más- de los servicios convencionales del ramo. Cuando desarrollan un buen liderazgo y están bien capacitados -como ocurrió entre los que fueron preparados en aquellos años, por las parroquias-, son elementos imprescindibles, creíbles y confiables, para las comunidades donde viven y desempeñan tareas de salud y prevención, por su eficacia profesional y su cercanía cultural. No cabe duda que dadas las necesidades, todavía están llamados a tener un fuerte impacto, sobre todo entre las poblaciones más alejadas y vulnerables, porque permite a estas personas empoderarse, e incrementar un mayor control y un mejor cuidado sobre su propia salud, especialmente en tiempos de pandemia.

AGRADECIMIENTO

Vaya desde estas líneas un recuerdo emocionado de gratitud hacia todos ellos. No citaré nombres porque mi memoria no da para todos y no quiero ser injusto con ninguno de ellos.