

INFORME COOPERACIÓN EN VILCABAMBA NOVIEMBRE DEL 99



A Cesar, Julián, Charito, Abel, Griselda, Hilda, Arturo y Germán, del Centro de Salud de Pucyura, en reconocimiento y admiración por la dedicación y esfuerzo en mejorar la salud de los vilcabambinos.

Estructuración del Informe:

Introducción

- A) Antecedentes, contexto y justificación**
- B) Instituciones y patrocinadores implicados en el Proyecto**
- C) Fases previas de preparación de la Expedición**
- D) Implicación ciudadana en el Proyecto**
- E) Cronograma de la Expedición**
- F) Objetivos y Resultados de la Expedición**
- G) Financiación**
- H) Diez cuestiones claves para el futuro**

ANEXOS:

- 1- Documento de aproximación al DIAGNÓSTICO COMUNITARIO**
- 2- Situación Sanitaria**
- 3- Documento de Balance y Perspectivas presentado a los profesionales sanitarios de Vilcabamba.**

Introducción

El presente informe, realizado al regreso de la expedición a Vilcabamba, fue realizado por los expedicionarios para dar cumplida cuenta de lo realizado, a las Instituciones españolas y peruanas, a las organizaciones y profesionales implicados, y a los ciudadanos que tan solidariamente se han comprometido con este Proyecto de Salud y Desarrollo en Vilcabamba (Perú).

Además, pretende servir de base para la continuidad del Proyecto, contribuyendo a un mejor conocimiento de los problemas y necesidades de la zona, y reforzando la motivación de todos los implicados.

En el momento actual, el Proyecto ya es de todos, coruñeses y vilcabambinos, ciudadanos de un mundo desigual que se han unido de forma solidaria para aprender mutuamente y para poder enfrentar más eficazmente los problemas que unos y otros tenemos.

Nuestra intención es desencadenar en Vilcabamba el inicio de un proceso de desarrollo, protagonizado por los propios vilcabambinos, que contribuya a elevar el bienestar y la calidad de vida de sus habitantes, respetando la cultura y costumbres propias de este maravilloso lugar de la sierra andina peruana.

Nuestro papel, consiste en facilitar, apoyar, contribuir, fundamentalmente en materia de atención primaria de salud, a este Proyecto de Desarrollo.

Queremos dar las gracias a los vilcabambinos y muy especialmente al personal sanitario del Centro de Salud de Pucyura, por la acogida y cariño que hemos recibido durante nuestra estancia en Vilcabamba. Todos los que allí estuvimos nos trajimos a España un trocito de Vilcabamba en el corazón.

También queremos agradecer la imprescindible y valiosísima participación de Solidariedade Galega, Asociación Juan de Betanzos, Asociación Comunitaria del Distrito Quinto, Parroquia de Las Esclavas, Farmacéuticos sin Fronteras, Ingenieros sin Fronteras, ONG ADRA de Perú, IMPPARES de Perú, Avimeco y Laboratorios Farmacéuticos que han colaborado decisivamente para que la expedición fuese posible.

Igualmente, agradecer a la Consellería de Sanidade y a la Gerencia de Atención Primaria de La Coruña por el apoyo que han dado al Proyecto, con su aportación en material sanitario y el permiso y sustitución que le facilitó al personal sanitario que fue en la expedición. Su contribución al Proyecto en el futuro, seguirá siendo imprescindible.

Por último, queremos agradecer a los medios de comunicación de La Coruña, y a las personas en el ámbito individual que se sintieron partícipes de la expedición aportando su esfuerzo en tiempo y dinero. Profesionales, artistas, familiares, amigos, vecinos, pacientes del centro de salud de Labañou y vecinos del barrio, han demostrado su solidaridad, y nos han dado un fuerte impulso a los que fuimos a Vilcabamba en Noviembre del 99.



A) Antecedentes, contexto y justificación

La Asociación Cultural “Juan de Betanzos” de La Coruña organizó en el **año 1997** una expedición en busca de la capital del último reino inca de Vilcabamba, siguiendo los pasos del cronista incaico Juan de Betanzos.

Esta expedición avanzó en el conocimiento de aquel territorio del último reino inca y sus resultados tuvieron un importante reflejo en medios de comunicación peruanos y españoles, habiendo recibido varios premios y abriendo una página web en la que se informó de los resultados de esta experiencia.

La expedición sirvió también para tomar contacto con la difícil situación sociosanitaria que viven los habitantes de aquel distrito, declarado de extrema pobreza en Perú, y de la necesidad urgente de mejoras sanitarias y económicas.



A su regreso, los expedicionarios de la Asociación Juan de Betanzos establecieron contacto con la ONG Solidariedade Galega que había iniciado actividades de cooperación en materia sanitaria en Puerto Maldonado, Departamento de Madre de Dios, contiguo al de Cuzco.

En el **año 1998**, la Asociación Juan de Betanzos continuó la búsqueda de Vilcabamba, y con la

colaboración de Solidariedade Galega que mandó a uno de sus miembros, se realizó un estudio sobre la situación sociosanitaria de aquel distrito peruano y se tomó contacto con las autoridades y profesionales de la zona. Esta expedición contó así mismo con la cooperación de otras organizaciones y entidades de España y Perú.

Esta expedición tuvo resultados muy positivos, cuyo interés científico se reflejó en la edición de 1999 de la enciclopedia CD-ROM Encarta de Microsoft, que en la información correspondiente a Vilcabamba, recoge los principales resultados de las expediciones dirigidas por Carmen Martín Rubio y Santiago del Valle Chousa.

En el mes de Diciembre de 1998 la Asociación Juan de Betanzos inicia contactos con el Centro de Salud de Labañou, en A Coruña por medio de su jefe de Servicio, para iniciar un proyecto de cooperación en materia de Atención Primaria de Salud.

El **año 1999** el Centro de Salud de Labañou, dependiente de la Gerencia de Atención Primaria de La Coruña (SERGAS), se suma a la expedición con el objetivo de iniciar un proyecto de “Hermanamiento del Centro de Salud con Vilcabamba”, que comience una relación de cooperación en materia de Atención Primaria de Salud.

Este Hermanamiento del Centro de Salud, junto con la colaboración de Solidariedade Galega, la Asociación Juan de Betanzos, y otros profesionales e Instituciones, se concreta en un Proyecto, “**Proyecto de Salud y Desarrollo**”.

Características del Proyecto:

- Un **proyecto institucional**, contando con la participación de la Gerencia de Atención Primaria de A Coruña, dependiente del SERGAS, así como con la participación de las Instituciones implicadas en la Zona (Ministerio de Sanidad de Perú, Hospital de Quillabamba, Servicios educativos, sociales y autoridades locales, etc.)
- **Una cooperación de carácter técnico y profesional**, con la implicación del personal del Servicio de Atención Primaria de Labañou y otros profesionales del Área Sanitaria
- Una **cooperación ciudadana**, de los habitantes del barrio de Labañou (Distrito Quinto) de La Coruña, con Vilcabamba, que respalde desde el punto de vista ciudadano el Proyecto.

- determinantes de salud (problemas sociales, educativos, culturales, recursos, etc.), mediante programas de Promoción de la salud y calidad de vida.

Metodología del proyecto:

- Una **metodología participativa**, que cuente con el protagonismo de los propios habitantes de Vilcabamba, y no solo como receptores-consumidores de ayudas y recursos. Para ello, uno de los ejes de la cooperación es la promoción del tejido asociativo y la participación de los profesionales e Instituciones de la zona, imprescindible para el desarrollo comunitario del distrito.
- Una **perspectiva de continuidad** en el tiempo, entendiendo que los objetivos se plantean a medio y largo plazo, con expediciones anuales y contacto sostenido con la zona.
- Una **perspectiva ambiciosa pero realista**, que cuente con la financiación precisa y la incorporación futura de otras Instituciones, Servicios y Asociaciones al proyecto.
- Una **transparencia** de todas las actividades que se lleven a cabo, con la elaboración

- Una **visión global** de los problemas de salud, que además de la parte asistencial aborde los periódicos de informes precisos y veraces a todas las personas e Instituciones implicadas y a la opinión pública en general.
- Una **motivación exclusivamente solidaria**, de obligación moral con un pueblo y unas personas que viven en unas condiciones muy alejadas de los niveles tecnológicos, del conocimiento, y de los recursos que disfrutamos en nuestro país.

El proyecto de salud y desarrollo Vilcabamba 99 aprovechó la expedición que en el mes de Junio del presente año realizó la Asociación Juan de Betanzos, que con el **Programa de promoción cultural**, continua la búsqueda de la ciudad inca de Vilcabamba.

Xosé Anxo y Santiago del Valle, de la Asociación Juan de Betanzos, establecieron los contactos, prepararon el terreno y exploraron las necesidades, para garantizar un máximo aprovechamiento de la expedición del mes de Noviembre.



B) Instituciones y patrocinadores del Proyecto

En España:

- Conselleria de Sanidade de la Xunta de Galicia.
- Gerencia de Atención Primaria de La Coruña.
- Servicio de Atención Primaria de Lobañou
- Solidariedade Galega
- Asociación Comunitaria del Distrito Quinto, de La Coruña.
- Asociación Juan de Betanzos

En Perú:

- MINSA (Ministerio de Sanidad de Perú)
- UBASS (Unidad Básica de Servicios de Salud) Santa Ana, de la provincia de La Convención.
- Centro de Salud de Pucyura
- La ONG de contraparte ADRA – OFASA de Perú
- IMPPARES (Instituto de la Mujer Peruana y Paternidad Responsable)



El Dr. Canales, Director de la U.B.A.S.S. "Santa Ana" mostrando el mapa de Vilcabamba.

C) Fases previas de preparación de la expedición:

Fase de planificación: Enero y Febrero del 99

- Primeras reuniones formales entre Solidariedade Galega, Asociación Juan de Betanzos y el Centro de Salud de Labañou. Realización de un primer borrador del Proyecto con las líneas básicas expuestas anteriormente y las prioridades para esta primera expedición.
- Presentación del Proyecto a todo el Equipo de Atención Primaria de Labañou, para su aprobación.
- Presentación del Proyecto a la Gerencia de Atención Primaria de A Coruña.
- Aprobación del primer borrador del Proyecto por Solidariedade Galega.

Fase de preparación: Marzo, Abril y Mayo del 99

- Constitución de una Comisión Sanitaria para definir los objetivos específicos en materia de salud, recursos humanos, material y medicamentos necesarios.
- Contactos con profesionales y otras ONGs, (veterinarios sin fronteras, ingenieros sin fronteras, facultad de veterinaria) para concretar las posibilidades de fijar objetivos en materia de desarrollo comunitario (lucha contra la Fasciola, potabilización del agua de consumo, energía eléctrica para las Postas Sanitarias, teléfono al Centro de Salud).
- Concreción de fuentes de financiación, como abrir una cuenta específica, canalización de patrocinios y aportaciones de dinero y material por distintos organismos y empresas. Gestión de los permisos y sustituciones necesarios del personal de la expedición.

- Firma de un Convenio de colaboración entre la Consellería de Sanidade y la ONG Solidariedade Galega, como patrocinadores del Proyecto.

- Envío de cartas y faxes a la médico de Vilcabamba, al gobernador y al director del Hospital de Quillabamba.

- Preparación de un plan de divulgación y presentación pública del Proyecto.

- Redacción del Proyecto definitivo para su aprobación por Solidariedade Galega.

- Gestión de los permisos necesarios con el MINSA (ministerio de Sanidad de Perú) y de entrada de material por la aduana.

- Establecimiento del contacto con la organización de contraparte (ADRA), para la facilitación de los desplazamientos y estancia en Perú.

- Negociación con las líneas aéreas para el viaje y transporte de material a Perú.

- Gestiones con distintas empresas y laboratorios para la obtención de material y financiación.

- Gestión con Farmacéuticos Mundi para la obtención de los medicamentos.

Expedición Juan de Betanzos: mes de Junio del 99

- Salida de la Expedición Juan de Betanzos al Distrito de Vilcabamba, donde aprovecharon su viaje y Programa Cultural, para servir de "avanzadilla" a la expedición de Noviembre.

- Gestiones en Perú con Autoridades, profesionales sanitarios y la organización de contraparte en Perú.

D) Implicación ciudadana en el Proyecto

Uno de los soportes del Proyecto de cooperación con Vilcabamba, además del profesional e institucional, es la participación ciudadana, fundamentalmente del barrio de Labañou y Distrito Quinto de La Coruña.

Se trata de promover un **hermanamiento** solidario entre los ciudadanos de un país europeo y desarrollado, con los de una zona de extrema pobreza de los andes peruanos.

Por éste motivo, se planteó el Proyecto a la Junta Directiva de la Asociación Comunitaria del Distrito Quinto (ASCODI) en la primavera del 99, teniendo muy buena acogida e implicándose en el mismo.

Para ello, se constituyó una **Comisión ciudadana**, impulsada fundamentalmente por la parroquia de Las Esclavas (S. Pío X), que comenzó a trabajar en torno a las siguientes tareas:

- Contribuir a la financiación del Proyecto, recaudando aportaciones ciudadanas.
- Organizar un Festival de solidaridad con Vilcabamba.
- Difundir el Proyecto en el Distrito.

Resultados:

1º- La contribución a la financiación del Proyecto ha sido determinante, recaudándose en el Distrito cerca de 800.000 ptas. con la venta de camisetas y entradas para el Festival.

2º- Se realizó un Festival de solidaridad con Vilcabamba el 29 de Octubre, en el Colegio Calvo Sotelo, con la participación altruista de muchos artistas, el esfuerzo de organización de muchas personas, una presencia institucional muy importante de La Coruña, y una asistencia muy solidaria de más de 300 personas.

Los expedicionarios nos sentimos muy respaldados por un movimiento ciudadano solidario, y los ciudadanos del Distrito también “viajaron” en gran medida con la expedición.

Se realizó un Acto Informativo, en el mes de Febrero del 2000, en el que se informó a los ciudadanos de los detalles y resultados de la expedición.

3º- Se realizó una difusión del Proyecto muy masiva en el Distrito, con carteles, hojas informativas, camisetas, etc. y salió publicado en todos los medios de comunicación, tanto a la salida como en el regreso. Es muy significativo la gran cantidad de personas del Distrito que nos preguntan y se interesan por la expedición.



Llegada al aeropuerto de A Coruña de los cooperantes

E) Cronograma de la expedición:

Se realizó una expedición del 1 al 31 de Noviembre a Vilcabamba, con 6 integrantes:

- **Luis Astray Coloma**, médico de familia del C.S. de Labañou.
- **Juan José Delgado Domínguez**, pediatra del C.S de Labañou
- **Xosé Anxo Vidal Pan**, ginecólogo del C.O.F. de A Coruña
- **Nazaret Castro López**, enfermera del C.S. de Labañou
- **Elena Monteoliva Díaz**, matrona del C.S. del Ventorrillo
- **Gloria Rodríguez López**, de Solidaridade Galega

Día 1 de Noviembre: Salida en avión de La Coruña. Llegada a Lima por la noche.

Alguna dificultad en la aduana con las cajas de material que llevábamos, y que finalmente se pudo resolver. Traslado al hotel en un transporte de ADRA.

Día 2 y 3: Se realizaron los contactos y gestiones institucionales con:

- MINSA (Ministerio de Salud de Perú), donde tuvimos un recibimiento de bienvenida con el Director General de Salud y reuniones con el Dr Cesar Rojas, asesor de la Dirección General y con la responsable de la Oficina de Cooperación Externa del MINSA, Dra. Liliana Parker.
- PROMUDEH (Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano), donde tuvimos una reunión con la Jefa de Cooperación Internacional, Dra. Ruth Loayza, y con el asesor del ministro, Dr. Frank Clavijo. Se intentó una reunión con la viceministra, pero no fue posible.
- Gestiones en la AECI (Agencia Española de Cooperación Internacional)
- Gestiones en la Embajada Española en Perú.
- Gestiones en el Instituto Geográfico Nacional.
- Gestiones en Telefónica de Perú, donde nos interesaba informarnos de posibles planes de comunicación telefónica en Vilcabamba.
- Reunión en la sede de ADRA-OFASSA (ONG de contraparte) en Lima.

- Reunión con INPPARES (Instituto Peruano de Planificación Familiar y Paternidad Responsable), que se trata de una ONG muy fuerte de Perú).

Todos estas reuniones y contactos tuvieron por objeto dar a conocer el Proyecto de Cooperación en las Instituciones y recoger información para la propia expedición y el estudio socio-sanitario. El balance de las mismas fue muy positivo, con gran receptividad, y van a facilitar el proyecto en el futuro.

Día 4 : Salida en avión para Cuzco. Traslado al hotel en transporte del MINSA (Dirección Regional de Cuzco).

Día 5 : Reunión con el Director Regional de Salud del Departamento de Cuzco, del que depende la provincia de La Convención y el Distrito de Vilcabamba. En Cuzco está el Hospital de referencia de tercer nivel y la Facultad de Medicina.

También se aprovechó el día para viajar al Machu Pichu y aclimatarnos a la altitud, pues todos los expedicionarios padecemos el “mal de altura”.

Día 6 : Viaje en dos vehículos del MINSA a Quillabamba. Traslado al Hotel.

Día 7 : Imposible el traslado a Vilcabamba por ser domingo. Estancia en Quillabamba.

Día 8 : Visita al Hospital de Quillabamba, hospital de referencia de segundo nivel y de la UBASS de Santa Ana (Unidad Básica de Salud de la que depende Vilcabamba). Reunión con el Director del mismo, Dr. Jorge Canales, al que se le entrega la carta de salutación de la Gerencia de Atención Primaria de La Coruña.



Pancarta de bienvenida en Pucyura

Posteriormente, salida en dos vehículos del MINSA a Vilcabamba. Llegada por la tarde al Centro de Salud de Pucyura (Vilcabamba). Reunión con los sanitarios locales y planificación conjunta de la intervención.

Traslado a la pensión en Huancacalle (localidad a 4 Km. del Centro de Salud).

Días 9 y 10 : Intervención en Pucyura, en el Centro de Salud, prestando asistencia en medicina general, pediatría y tocoginecología. Charla de educación para la salud a la población el día 10.

Días 11 y 12 : Traslado a la Posta de salud de Oyara (a tres horas de distancia), donde se realiza asistencia, charla a la población y reunión con los representantes comunitarios.

Día 13 : Traslado a la localidad de Vilcabamba la Nueva, donde había feria, habilitándose unas estancias para poder pasar la consulta en unas viviendas y una tienda de campaña.

Día 14: Se realiza una reunión de formación con los Promotores de Salud que están organizados y trabajando en colaboración con el Centro de Salud (líderes comunitarios, parteras tradicionales...), y que se reúnen una vez al mes.

Días 15 y 16: De nuevo asistencia en Pucyura.

El día 15 se celebró el “Aniversario de la creación política de Vilcabamba”, donde, además de los consiguientes festejos, todas las autoridades políticas y militares presidieron un desfile de multitud de colegios, servicios de todo tipo, agrupaciones religiosas, etc.

Entre ellas, desfilaron los sanitarios locales y con ellos, los cooperantes coruñeses, que recibimos un caluroso aplauso de agradecimiento por parte de la población.



Día 17 : Viaje a Quillabamba. Compra de medicamentos que nos hacían falta para la asistencia, contacto telefónico con España (en Vilcabamba no hay teléfono) y compras de alimentos.

Día 18: Traslado a la Posta de Salud de Arma (en camión y a caballo) a unas 7 horas de distancia.

Reunión con los representantes comunitarios, y acondicionamiento de la Posta de Salud para pasar la noche.

Día 19 : Consulta en Arma. Charla de Salud a la población.



Día 20 : Tras una consulta breve, regreso en caballo, a pié y en camión hasta llegar de nuevo a Pucyura.

Día 21: Traslado a Vilcabamba la Nueva en camión, donde estaba previsto que nos esperaran con los caballos necesarios para llegar a la Posta de salud de Pampaconas.

Tras una larga espera no llegaron los caballos (parece que por una confusión de los campesinos encargados de conseguirlos) y tuvimos que regresar a Pucyura, con la consiguiente frustración. Fue el contratiempo más sentido por todos, pues la población de Pampaconas estaba en gran número esperando por nosotros para la consulta el día 22. Tuvimos que renunciar a la atención en Pampaconas y a los contactos con los representantes comunitarios que teníamos previsto.

Ya en Pucyura, acudieron el presidente de la comunidad campesina de Pampaconas, el teniente gobernador y el técnico sanitario para reunirse con nosotros, disculparse y solicitarnos que fuéramos al día siguiente, lo que ya no era posible por falta de tiempo.

Día 22 : Estancia en Pucyura, aprovechando para elaborar un Documento de Balance y Perspectivas (ver anexo), que serviría para la reunión con los sanitarios locales el último día.

Día 23 : Consulta en Pucyura.

Día 24: Reunión con los sanitarios locales.

Discusión del documento de Balance, puesta en común de una propuesta para el futuro y la continuidad del proyecto de cooperación, y entrega de donación (ver detalles más adelante).

Por la tarde-noche organizamos junto a los sanitarios locales una fiesta de despedida a la que invitamos a las autoridades, representantes comunitarios, maestros, etc. La fiesta, de lo más emotivo, consistió en una comida a base de “chancho” (cerdo), yuca y “papas” (patatas), con refrescos y el “cóctel milagroso de Abel”, con posteriores discursos solidarios, canciones y baile.

Acudieron unas 50 personas. Nos hicieron llegar cartas y mensajes de agradecimiento dirigidos a los ciudadanos de Labañou (y otros que apoyaron la expedición), y nos emplazaron a volver al año siguiente.

Día 25 : Salida en coche del MINSA a Quillabamba.

Reunión en el Hospital con el Dr. Jorge Canales, director de la UBASS Santa Ana, al que le informamos de los resultados de la intervención y le trasladamos las necesidades más acuciantes en materia sanitaria del Distrito de Vilcabamba.

Día 26 : Salida para Cuzco. Alojamiento.

Día 27 : Estancia en Cuzco. Reunión con PROCUSCO (ONG de desarrollo local volcada en la mejora de la producción y desarrollo económico de la sierra andina).

No fue posible una reunión prevista con el Director Regional de Salud, porque no se encontraba en Cuzco, pero se estableció una amistad con el abogado Willy Monzón, exalcalde de Cuzco, que se ofreció como asesor jurídico y representante legal del proyecto de cooperación en Perú.

Día 28 : Salida en avión para Lima. Alojamiento.

Día 29 : Estancia en Lima. Reunión en el MINSA (Dirección General de Salud) y con el director ejecutivo de INPPARES (Dr. Daniel Aspilcueta) para preparar colaboraciones futuras.

Día 30 : Salida en avión para Madrid y La Coruña. Llegada al aeropuerto de Alvedro, donde una comitiva de amigos, familiares, y medios de comunicación, nos esperaba con pancartas de bienvenida.



F) Objetivos de la Expedición a Vilcabamba

Los objetivos de la Expedición eran:

1. Realizar un estudio sociosanitario de la zona.
2. Llevar material sanitario y medicinas.
3. Colaborar en el trabajo asistencial.
4. Contribuir a la formación del personal sanitario local.

Resultados:

1º El Estudio Socio-sanitario

Se realizó una importante aproximación a un diagnóstico comunitario, (no únicamente sanitario), con un acercamiento a los problemas más prioritarios y a los recursos existentes, que permitirá una cooperación más eficiente en el futuro.

Para su elaboración se recurrió a las siguientes fuentes:

a) Fuentes de carácter objetivo:

- Informes técnicos y epidemiológicos publicados en Perú.
- Los datos recogidos de forma directa en la propia expedición
- Otras fuentes, como mapas, guías, etc.

b) Fuentes de carácter subjetivo, producto de entrevistas y reuniones con:

- Representantes de Instituciones.
- Los profesionales de los Servicios
- Los testigos privilegiados y el tejido social

Este estudio se adjunta como ANEXO a este Informe.

2º Material sanitario y medicinas:

Se llevó a Vilcabamba un total de 300 Kg. en 24 cajas, con un valor aproximado de 3 millones de pesetas:

Medicamentos	2.000.000
Material sanitario	900.000
Libros y material de formación	100.000

Este material se entregó en el Centro de Salud de Pucyura, para su distribución igualmente por las Postas sanitarias.

También se hizo una donación de 100.000 ptas. para:

- La adquisición de material informático y de divulgación para el C.S.
- Acondicionamiento de la vivienda del personal del C.S.
- Hacer una fiesta para los niños de la zona, por las Navidades.

3º Colaboración en el trabajo asistencial

Se realizaron cerca de mil consultas mediante la organización de una "Campaña Sanitaria", atendiendo en el Centro de Salud de Pucyura y en otras tres Postas sanitarias.

Las consultas se realizaron junto con personal sanitario local y produjeron una gran expectación entre la población, que andaban uno o más días de camino para acudir a las mismas, siendo en un gran número de casos, la primera vez que iban al médico.

En cada lugar, se realizó una charla de educación para la salud, aprovechando la afluencia al Centro o Posta sanitaria, y también una reunión de trabajo con las autoridades y representantes comunitarios.

Consultas realizadas:

Día	Localidad	Medicina	Pediatría	Toco-Gine	Total
9	Pucyura	37	21	26	84
10	Pucyura	48	30	34	112
11	Oyara	35	17	27	79
12	Oyara	38	22	22	82
13	Vilcabamba	46	21	18	85
15	Pucyura	56	32	37	125
16	Pucyura	37	20	22	79
19	Arma	65	28	38	131
23	Pucyura	37	20	28	85
Total		399	211	252	862

4º Contribución a la Formación

- Con el personal sanitario local se realizaron dos reuniones conjuntas, una al inicio para planificar la intervención y otra muy importante, de evaluación y proyecto de futuro.

- Durante la estancia en Vilcabamba se mantuvo un contacto estrecho y continuado con los sanitarios locales, tanto en las consultas como fuera de ellas, existiendo en todo momento un flujo bidireccional de información y aprendizaje mutuo, en relación con los temas de salud y de desarrollo.

Se realizó una reunión de formación sanitaria con los Promotores de salud que están organizados en el Distrito.

G) Balance económico de la expedición

Ingresos:

1° Venta de camisetas	500.000
2° Entradas festival	229.800
3° Industria farmacéutica	280.000
4° Donativo	100.000
TOTAL Ingresos	1.109.800 Ptas.

Gastos:

Viajes: (5 personas)

- Avión Coruña- Lima- Coruña	460.000
- Avión Lima-Cuzco-Lima	134.000
- Tasas Aeropuerto	26.000

Total viajes 620.000

Alojamiento: (5 personas)

- 17 días en Huancacalle	65.000
- 4 días " Lima	60.000
- 4 " " Cuzco	60.000
- 4 " " Quillabamba	40.000

Total alojamiento 225.000

Compra de medicinas en Quillabamba 14.000

Donativo al Centro de Salud de Pucyura 100.000

Alquiler del vídeo, fotos, cintas 30.000

Varios (taxis, llamadas, Internet, fotocopias...) 96.000

TOTAL Gastos 1.085.000 Ptas.

Haber en la cuenta: 24.800 Ptas.

Autofinanciación

Para hacer el balance económico de la expedición a Vilcabamba, es necesario aclarar que un porcentaje elevado del coste de la misma ha sido autofinanciado:

La sustitución profesionales (SERGAS) 900.000

El material sanitario(SERGAS) 900.000

Medicamentos (Farmacéuticos Mundi) 2.000.000

Retroproyector y libros (Industria Farmacéutica) 100.000

La camiseta de la expedición (donación privada) 300.000

El viaje de un expedicionario (Solidariedade Galega) 169.000

Gastos de manutención (a cargo de expedicionarios) 420.000

TOTAL AUTOFINANCIADO 4.789.000

Por consiguiente, si queremos saber el costo total del Proyecto Salud y Desarrollo en Vilcabamba en el año 1999, tendremos que sumar:

Gastos de la expedición 1.085.000

Costes autofinanciados 4.789.000

TOTAL PROYECTO: 5.874.000

En el Anteproyecto, las previsiones económicas del mismo fueron:

Presupuesto expedición 2.816.000

Al que habría que añadir:

- Material Sanitario 900.000
 - Medicinas 2.000.000
 - Retroproyector y libros 100.000
 - Camiseta 300.000

Lo que supondría un total de **6.116.000**

Diferencia entre las previsiones y la realidad:

Concepto	Previsiones	Realidad
Viajes	750.000 (1)	620.000 (2)
Alojamiento	376.000 (1)	225.000 (2)
Otro (3)	0	169.000 (3)
Manutención	360.000 (1)	420.000 (4)
Transporte personas	60.000	0 (4)
Transporte material	150.000	0 (4)
Compra medicinas	0	14.000
Donativo c. de salud	0	100.000
Gastos varios	220.000	126.000
Proyector y libros	100.000	100.000 (4)
Medicinas	2.000.000	2.000.000(4)
Material sanitario	900.000	900.000(4)
Sustituciones perso.	900.000	900.000(4)
Camiseta	300.000	300.000(4)
TOTALES	6.116.000	5.874.000

(1) 6 personas; (2) 5 personas; (3) viaje y alojamiento de otro expedicionario. (4) autofinanciado

Para expediciones futuras, por cada expedicionario hay que calcular:

Viajes Madrid- Lima-Cuzco (ida y vuelta) 124.000

Alojamiento durante 30 días 45.000

Manutención durante 30 días 70.000

Gastos varios durante 30 días 21.000

Total / persona 260.000

De mantenerse el criterio que se mantuvo en esta expedición, de que cada expedicionario se hiciese cargo de los gastos de manutención, esta cifra se reduciría a 190.000 Ptas. por cada expedicionario.

En este caso, cada expedicionario asume el coste de la comida, y por supuesto algunos otros gastos que le va a generar el viaje (ropa apropiada, utensilios personales, llamadas telefónicas, consumiciones durante la estancia, compras personales y recuerdos, etc.), que a efectos prácticos supone un total de unas 100.000 Ptas.

Para rematar, señalar que consideramos el **balance económico muy positivo:**

A) En relación con los ingresos, y teniendo en cuenta que era intención de los expedicionarios ir a Vilcabamba por encima de las dificultades de financiación que se nos presentasen:

- Se consiguió una colaboración ciudadana impresionante en la financiación.
- El SERGAS contribuyó de manera decisiva.
- La industria farmacéutica y las aportaciones particulares fueron muy buenas.

B) En relación con los gastos, y dado que se trataba de la primera experiencia:

- Se calculó muy ajustadamente el presupuesto.
- Se consiguió un elevado porcentaje de autofinanciación (81.5 % del total).
- Solidariedade Galega consiguió unos precios muy buenos para los viajes.
- La ONG de contraparte (ADRA) colaboró en Lima con el transporte.
- El MINSA colaboró en Cuzco y Quillabamba con el transporte.
- Se acertó con el donativo al Centro de Salud de Pucyura, al comprobar que era viable dentro de la disponibilidad presupuestaria.

H) Diez claves para el futuro de Vilcabamba

Una vez de vuelta de la expedición, y en función del Diagnóstico Comunitario que se adjunta al Informe, consideramos útil reseñar cuales pueden ser las claves que permitan un proceso de desarrollo en el Distrito de Vilcabamba.

Únicamente responden al criterio de los expedicionarios a día de hoy, y falta por conocer la opinión de los propios vilcabambinos. Si la Comisión Promotora del Proyecto de Desarrollo, que se está formando en Vilcabamba, trabaja también en averiguar cuales son las claves y los problemas prioritarios que les afectan, llegaremos a una visión muy ajustada y compartida que permitirá orientar mucho mejor los esfuerzos.

Para enfrentar estos problemas, hay que tener en cuenta también su vulnerabilidad, es decir, la capacidad de resolución que tienen esos problemas, con los recursos de que disponemos, y de esta forma establecer las prioridades.

Estas claves las hemos concretado en diez puntos:

1º) Es necesario **un desarrollo económico**, que genere un aumento de los ingresos familiares, aumentando en cantidad y calidad la producción agropecuaria.



Parece que lo mas adecuado para el clima de sierra andina es el desarrollo de microempresas de productos del campo, elaborados y transformados para que se pueda obtener un alto valor añadido (hay que tener en cuenta el encarecimiento que supone poner los productos en Cuzco) a pequeñas producciones (“delicatesen”). Se pueden citar algunos productos posibles:

- Moraya (papas desecadas), Chuño (papas desecadas, remojadas y heladas).
- Apicultura, y dentro de ésta, el Propóleo (medicina natural con gran poder antibiótico).

- Hierbas medicinales (Saúco, Chinchircona, Alcoquisca, Quinsacucho, Matico, etc.)

Hay otras experiencias altoandinas muy interesantes en este sentido, ya funcionando.

También es importante desarrollar los huertos familiares con más variedad de productos, algunos en peligro de desaparecer (legumbres y verduras como la Quínuá, Quiwicha, Arbeja, etc.), para autoconsumo familiar, garantizando un aporte nutritivo suficiente en cantidad y calidad. La mejora de los útiles de labranza, el abonado, rotación de la tierra, etc. así como un número de hectáreas suficiente, serán necesarios para conseguirlo.

La implicación de la ONG de Cuzco, PROCUSCO, y del INADE (Instituto Nacional de Desarrollo) pueden ser claves para asesorar a los campesinos y para facilitar la comercialización de los productos.

Una posible fuente adicional de ingresos familiares puede provenir de la artesanía.

2º) Una mejora en **las comunicaciones** es clave para facilitar el desarrollo del Distrito.

Mejorar la carretera de Cuzco a Quillabamba (la reconstrucción de la vía de ferrocarril parece inviable), el puente de Chaullay sobre el río Urubamba, mejora del transporte de viajeros y mercancías, más pistas y arreglo de los caminos por el interior del Distrito, una cobertura vía satélite, que permita la comunicación telefónica con precios reducidos, etc.

3º) Avanzar progresivamente en **la electrificación** de los núcleos poblacionales.

4º) Potenciar **la educación y las escuelas**, luchando contra el absentismo escolar, disminuyendo también el analfabetismo de los adultos.

La mejora del ambiente escolar, la educación para la salud, las revisiones escolares, el fomento del deporte, etc.

Los centros escolares pueden jugar un importante papel en la dinamización comunitaria con la participación de los maestros, las madres, los sanitarios y la comunidad.

5º) La **potabilización del agua de consumo** mediante la canalización, cloración y distribución de la misma. El tratamiento de las aguas residuales con la instalación de fosas sépticas u otros sistemas de depuración.

6°) La mejora de los recursos sanitarios con:

- La contratación de un médico fijo, además del médico actual del SERUMS para el Centro de Salud de Pucyura, y garantizar dos sanitarios como mínimo en cada Posta.
- La provisión de un todoterreno que pueda también servir para el transporte de enfermos.
- La instalación en cada Posta Sanitaria de una placa solar que alimente un acumulador o batería, que permita alimentar una radio y una fuente de luz.



7°) Fortalecer la red de promotores de salud por todo el Distrito, con el objetivo de:

- Disminuir la mortalidad materno-perinatal.
- Potenciar la planificación familiar.
- Controlar las enfermedades tropicales endémico-epidémicas.
- Disminuir la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias.
- Mejorar el estado nutricional de los niños y adultos.
- Promover un mayor uso de los servicios sanitarios por parte de la población.

8°) Mejorar la situación de la cabaña ganadera, controlando la epidemia de Fasciola hepática y otras parasitosis.

9°) Luchar contra el machismo actual, potenciando a la mujer como el sector mas participativo y dinámico de la comunidad.

10°) Constituir la Comisión Promotora del Proyecto de Salud y Desarrollo, como instrumento que permita coordinar todos los recursos existentes en el Distrito (autoridades, asociaciones comunales, profesionales, ONGs) para dinamizar la mayor participación posible en todas las iniciativas que se pongan en marcha.

**Aproximación
al diagnóstico comunitario
del distrito de Vilcabamba**

Características generales:

Situación :

Vilcabamba es un Distrito de la provincia de La Convención, Departamento de Cuzco.

La provincia de La Convención se encuentra al noroeste del Machu Pichu, en plena cordillera andina. Limita al norte con el Departamento de Ucayali, al sur con el de Apurímac, al este con Madre de Dios y al oeste con Junín y Ayacucho. Su capital es Quillabamba, de unos 30.000 habitantes.



En el Distrito de Vilcabamba se encuentra la mítica Vilcabamba la Grande, última capital del Imperio Inca, cuya localización exacta sigue siendo objeto de muchas expediciones de tipo histórico y arqueológico, entre ellas hay que destacar las investigaciones de la Asociación Juan de Betanzos con expediciones anuales por parte de dos coruñeses, Santiago del Valle y Xosé Anxo Vidal, y que dieron lugar al inicio del Proyecto de Cooperación actual.

La comunidad de Pucyura, a unos 85 Km. de la ciudad de Quillabamba se encuentra en el corazón del Distrito, en una quebrada accidentada y rocosa, rodeada por los ríos Vilcabamba y Huaychanmarca.

Geografía :

Tiene una superficie de 23.000 km. cuadrados.

Se trata de una orografía muy accidentada, con valles, quebradas, praderas, cumbres, punas, etc. y por tanto, cuenta con toda una diversidad de pisos ecológicos en función de la altitud (entre 1.500 y 5.000 metros):

- Ceja de selva, en las zonas bajas, con un clima y unos condicionantes y problemas propios de selva tropical.

- Sierra andina, que comprende la mayoría de su superficie, con un clima y unos condicionantes totalmente distintos.

El Distrito está recorrido por el río Vilcabamba y sus múltiples afluentes, que discurren entre montañas y valles configurando un paisaje espectacular. Todo el Distrito está recorrido por una gran multitud de ríos, riachuelos y manantiales, cuyo cauce crece considerablemente en época de lluvias.

Los centros poblados más importantes del Distrito se encuentran muy dispersos, no sobrepasando los 500 habitantes ninguno de ellos: Paltaybamba, Oyara, Yupanca, Lucma (la capital del Distrito), Pucyura, Huancacalle, Ccayara, Vilcabamba la Nueva, a los que se accede en coche, y Pampaconas, Chancavine, Espíritu Pampa, Arma, Choquetira, Accobamba, Amaybamba, Pacaybamba, Incahuasi, San Martín, Ccarco, San Fernando, etc. a los que se accede a pié o caballo por caminos de herradura.

Comunicaciones:

Para acceder al Distrito de Vilcabamba la única vía de comunicación es una carretera de 200 Km., que comunica Cuzco con Quillabamba, capital de la provincia de La Convención, asfaltada durante un primer tramo de 50 Km. hasta Ollantaytambo, y luego pista de tierra hasta Quillabamba, después de superar los 4.000 metros de altitud de Puerto Málaga.



Este viaje precisa ocho horas de vehículo todoterreno, o doce horas en los autobuses de línea regular. Se trata de una pista con derrumbes muy frecuentes y que queda cerrada por las lluvias y la nieve en muchas ocasiones durante el invierno.

Una vez en Quillabamba, a una altitud de 1000 m y clima tropical (“la ciudad del eterno verano”),

para acceder a Pucyura, a 3.000 m de altitud, donde se encuentra el Centro de Salud del Distrito de Vilcabamba, hay otra pista de tierra de 85 Km que va subiendo entre montañas, y frecuentemente cerrada por los derrumbes.

Este viaje precisa de tres horas en todoterreno, y cinco en la “combi”(transporte público).

La pista hasta Pucyura que finaliza unos 20 Km. más allá, en Vilcabamba la Nueva, es prácticamente la única existente en todo el Distrito. Esta carretera es mantenida abierta gracias a la constante intervención de peones camineros que liberan la vía de los derrumbes que constantemente se producen, y en los últimos años se han construido “puentes” de cemento para poder vadear los continuos riachuelos que la atraviesan (“huaycos”), lo que ha mejorado el viaje.

La catástrofe provocada por las lluvias torrenciales del fenómeno meteorológico de “El Niño” en Febrero de 1998, además de hacer desaparecer varios poblados, destruyó de forma irreparable toda la vía férrea de vía estrecha que, siguiendo el curso del río Urubamba, comunicaba Cuzco con Quillabamba, pasando por Machu Picchu. Además, todos los puentes que existían entre la central hidroeléctrica del Machu Picchu y la propia Quillabamba fueron arrasados, entre ellos el de Chaullay, que incrementa en casi cien kilómetros el recorrido necesario para acceder al Distrito de Vilcabamba, con el consiguiente encarecimiento de todos los suministros y provocando un problema añadido a la comercialización de los productos de la Provincia, especialmente el café.



Una vez en el Distrito de Vilcabamba las comunicaciones entre los poblados se limitan a caminos de herradura.

La línea telefónica llega hasta Chaullay, a cincuenta Km de distancia de Pucyura.

Tampoco hay cobertura telefónica vía satélite, ni planes de Telefónica de Perú para enfrentar este problema.

El Centro de Salud de Pucyura está equipado con una emisora de radio con la que se puede comunicar con Quillabamba y, solamente en condiciones muy favorables, con Cuzco.

Para comunicarse desde España con el Centro de Salud, la única posibilidad es llamando por teléfono al Hospital de Quillabamba y que desde allí comuniquen por radio con el Centro.

Climatología:

El Distrito de Vilcabamba se encuentra en el hemisferio sur, por lo que el verano empieza en el mes de Diciembre y el invierno en Junio.

Está muy próximo al ecuador por lo que las horas de insolación varían poco a lo largo de las estaciones.

La temperatura varía mucho en función de la altitud, siendo frío y húmedo en zona de valles y muy frío en las alturas. En la comunidad de Pucyura la temperatura ambiental fluctúa entre 15 y 16 grados, pero a la puesta de sol comienza a hacer frío, sobre todo en invierno (Junio, Julio) que llega a cero grados.

El régimen de lluvias divide en la práctica el año en dos estaciones, la estación seca (Mayo, Junio, Julio y Agosto) y la estación de lluvias (Diciembre, Enero, Febrero y Marzo).

Demografía:

La provincia de La Convención cuenta con una población estimada de 150.000 habitantes, el 16% de todo el Departamento de Cuzco, manteniéndose muy estable durante los últimos 15 años. Su capital, Quillabamba tiene 30.000 habitantes.

El 85% de la población de la provincia es rural.

El Distrito de Vilcabamba cuenta con una población estimada de 14.000 habitantes, con una densidad de 2'8 /Km cuadrado.

La población del Distrito de Vilcabamba también se mantiene bastante estacionaria durante los últimos diez años, compensándose la emigración a las grandes ciudades con la elevada natalidad, por lo que se pierden las personas más dinámicas y decididas en la edad más productiva, quedando los niños y los viejos.

Hay unas 1843 familias estimadas, lo que supone una dispersión de las mismas de 0.080 familias / Km cuadrado. Cada familia tiene de media 7 personas.

Su distribución por edades (en años) es:

Edad	Porcentaje
0-7	17'8
7-14	20'3
14-20	10'9
20-50	38
> 50	12,7

Es muy llamativo que la mitad de la población sean menores de 20 años, y el 40 % menores de 14 años.

Hay que tener en cuenta que una parte de la población en edad productiva ha emigrado, fundamentalmente a Cuzco y Lima. El índice migratorio es de un 10 % de los jóvenes, que intentan mejorar sus condiciones de vida marchándose a las ciudades.

La edad media de los emigrantes se sitúa entre los 12 y 20 años, siendo más notoria la emigración en el sexo femenino.

El número de mujeres en edad fértil (entre 15 y 50 años) es de 3.160 (el 24 % de la población total).

La vivienda y servicios básicos:

La gran mayoría de las viviendas son de una sola planta, y con una única estancia.

Están construidas de adobe, con suelo de tierra y techumbre de paja o calamina (planchas metálicas que protegen de la lluvia) sobre una estructura de madera.

En muchas ocasiones no hay puerta que aisle la estancia del exterior.

Las paredes de adobe en algunos casos están recebadas con cal o cemento.

No disponen de chimenea, por lo que siempre están llenas de humo.

Disponen de letrinas y no hay sistema de evacuación de excretas, excepto ocasionales pozos negros.

El agua de consumo son los riachuelos o manantiales cercanos. En los núcleos mas habitados el agua está entubada, pero en ningún caso tratada y potabilizada. En otras ocasiones, se

capta el agua de los manantiales cercanos a través de canales hacia lugares donde sean accesibles.



La fuente de energía, excepto en las poblaciones donde llega la electricidad, son lámparas o mecheros de keroseno, y velas.

Cocinan en un rincón de la estancia, con fuego de leña, y en algunos casos disponen de pequeñas cocinillas de butano.

Las viviendas apenas disponen de mobiliario: una mesa, banco de madera y alguna cama.

La familia vive hacinada, entre las gallinas, los chanchos y los cuis (conejiillos de indias que constituyen el lujo gastronómico para los días de fiesta).

Valores y cultura

Los valores, normas, creencias y cultura de los vilcabambinos/as tienen poco que ver con los del mundo occidental.

Son un pueblo acogedor y hospitalario, dentro de la pobreza, con una tradición comunitaria marcada.

La familia es la unidad básica de la sociedad, aunque predomina un machismo exacerbado donde las mujeres trabajan como los hombres en el campo y además tienen que atender la casa y a los niños.

Las parejas conviven de echo en la casa del varón durante un tiempo, antes de formalizar su matrimonio de forma comunal en unos días señalados. Durante esa relación prematrimonial suelen quedar embarazadas, todavía muy jóvenes.

Si el varón deja a la mujer, esta se queda sola con el cuidado de sus hijos, y con frecuencia se

producen luego matrimonios de conveniencia con hombres de mucha mayor edad.

Las personas mayores gozan, por lo general del respeto y cuidado de los hijos y parientes.

Hay un alto grado de endogamia, repitiéndose los apellidos de forma evidente, según las zonas.

Conservan aún muchas tradiciones que vienen del imperio incaico, y al mismo tiempo con una reciente penetración de otros valores del exterior que pueden causar estragos (cambios de una alimentación basado en productos autóctonos, por azúcares y grasas saturadas, alcohol, violencia, la importancia del dinero, nuevas necesidades etc.) con cada día mayor dependencia del exterior y pérdida de la capacidad de enfrentar sus problemas.

En Vilcabamba se vive al día, se piensa en lo inmediato y próximo, en la manera de subsistir durante los próximos días. Nunca hay prisa, si las cosas no se hacen hoy se harán mañana.

En relación con la salud, tienen unas costumbres muy arraigadas, con muy baja autoestima poco interés por su salud y una utilización muy importante de la medicina tradicional y el curanderismo.

Esto condiciona mucho las posibilidades de procesos de cambio. Si les llega para alimentarse no ven la necesidad de mejorar la cantidad y calidad de la producción, si el parto se lo puede atender una familiar o vecina para que avisar al médico, etc.)



Aunque mayoritariamente son católicos, conviven otras creencias como los evangelistas, y toda una tradición de dioses, mitos, hechizos y cultos por la tierra (las montañas, las grandes piedras), los animales (serpiente, puma, cóndor), los fenómenos meteorológicos y fuerzas de la naturaleza, por los que realizan frecuentes ritos, ofrendas y ceremonias, siempre presididas por las

hojas de coca. Esto último sobre todo en las comunidades más alejadas y aisladas.

En relación con la lengua, es de destacar que una parte muy importante de la población (superior al 50 %) habla exclusivamente quechua, sobre todo en las zonas más alejadas. Una pequeña proporción, en las zonas más próximas a la capital de la provincia y núcleos más poblados, habla solo castellano, y otra parte de la población es bilingüe.

Economía

La economía del Distrito de Vilcabamba es de subsistencia, siendo declarado el Distrito por el Gobierno de Perú como “de pobreza extrema”.

La pobreza extrema es definida como la incapacidad de ingresos del hogar para acceder a una canasta de alimentos que cubra los requerimientos mínimos nutricionales.

Como prototipo de **familia rural de extrema pobreza** se describe la siguiente:

Una familia compuesta por el padre, la madre y 6 hijos vivos de 9 embarazos. La madre no hizo controles previos al parto, los hijos nacieron en casa atendidos por un familiar o partera tradicional.

Viven en una casa de adobe, de un solo ambiente, con techo de paja y piso de tierra.

Tienen escaso mobiliario y carecen de agua, desagüe y electricidad. Por el agua tienen que ir caminando a un arroyo a 15 minutos o más de distancia.

Como recursos económicos cuenta con un cuarto de hectárea donde la familia cultiva papa y olluco. La producción se destina al consumo familiar. El terreno es pobre y la familia no tiene acceso a fertilizantes. Una pequeña parte es vendida en el pueblo más cercano, ubicado como mínimo a diez Km de distancia. Se llega a él por senderos de tierra y caminos sin afirmar.

Ninguno de los padres asistió a la escuela, pero ahora los hijos de 8 y 10 años asisten a una escuela primaria unitaria que se encuentra en el pueblo a 10 Km de distancia, que recorren con poco abrigo y sandalias de goma (“ojotas”). Las niñas asisten menos a la escuela porque los padres consideran que no es necesario, que es preferible que se queden en casa ayudando a buscar agua, recolectar leña y cuidando a sus hermanos menores.

De los 23 millones de habitantes que tiene Perú, 4.5 millones (20%) se encuentran en extrema pobreza, según informe del PROMUDEH.

Es muy clarificador un importante estudio realizado por el Ministerio de la Presidencia para el Programa gubernamental “Estrategia focalizada de lucha contra la pobreza extrema 1996-2000”, en el que se clasifican todos los distritos de Perú según un índice de pobreza:

Niveles de vida	Índice de pobreza
Pobres extremos	De 29 a 37
Muy pobres	De 21 a 29
Pobres	De 14 a 21
Regular	De 7 a 14
Aceptable	De 1 a 7

Para determinar el índice de pobreza se utilizaron ocho indicadores:

A) Indicadores que reflejan el insuficiente consumo de la población en pobreza extrema

1. Porcentaje de niños con desnutrición crónica. A este indicador corresponde, por su elevado valor, el 50 % del índice de pobreza, correspondiendo el otro 50% al resto de indicadores.

B) Indicadores de educación

2. Tasa de analfabetismo
3. Tasa de inasistencia escolar

C) Indicadores que reflejan las condiciones de hábitat

4. Porcentaje de hogares con hacinamiento
5. Porcentaje de viviendas con techos precarios

D) Indicadores de servicios básicos

6. Porcentaje de viviendas sin red pública de agua
7. Porcentaje de viviendas sin red pública de desagüe
8. Porcentaje de viviendas sin alumbrado eléctrico

Este estudio revela que, de los 1793 distritos de Perú, 237 se encuentran en estado de extrema pobreza.

También estudia la incidencia de la extrema pobreza en cada distrito. El 50% de los pobres extremos se concentra en 207 distritos, todos ellos con más de 5.000 personas en esta condición.

El Distrito de Vilcabamba es, junto con otros 2 distritos, de los que reúnen las dos condiciones: pertenecer al grupo de mayor índice de pobreza y de los que cuentan con el mayor número (incidencia) de pobres.

En este estudio se dan algunas cifras en relación con el distrito de Vilcabamba, al que le asigna una población total de 14.100 personas (1995):

- **Nutrición**
 - 1.380 niños de 0 a 4 años vulnerables a la desnutrición crónica sobre un total de 2.020 (68,3%)
- **Educación**
 - Tasa de analfabetismo : 28,7%
 - Inasistencia escolar: 22%
- **Vivienda:**
 - Hacinamiento: 55.3%
 - Techos precarios: 59.4
- **Servicios:**
 - Sin agua: 99.0%
 - Sin desagüe: 100%
 - Sin electricidad: 98.4%

Como consecuencia de estos indicadores, el índice de pobreza en el distrito de Vilcabamba sería de 5.290 pobres extremos con un índice de pobreza de 37,5.



Obtención de Recursos:

A) Agricultura:

Es la actividad más importante en el Distrito de Vilcabamba. A ella se dedica el 98 % de la población activa.

Los campesinos preparan sus tierras de cultivo abonando la tierra con el estiércol de los animales domésticos, sobre todo de ganado ovino y vacuno, pero también porcino, cuyes y aves.

Los terrenos de cultivo apenas requieren riego debido a la alta humedad del medio, con cantidad de riachuelos y manantiales.

La calidad de la tierra es muy variada, dependiendo del piso ecológico, y con gran cantidad de aguas freáticas, existiendo muchos llanos, pampas, praderas y quebradas, donde se mantienen los pastos naturales en forma permanente durante todo el año.

También es de destacar una importante erosión del suelo, provocado por las lluvias torrenciales y derrumbes, quedando una tierra dura no apropiada para el cultivo.

En las zonas más bajas del Distrito la tierra y el clima permiten el cultivo de café, té, toda clase de legumbres y hortalizas, maíz, papas, habas, etc., así como una gran variedad de árboles frutales, plátanos, mangos, papayas, naranjas, granadillas, etc.

En las zonas altas de sierra se cultiva papa, oca, olluco, quínuva, quiwicha, tarwi, yuca, y otras legumbres y hortalizas.

La agricultura no está tecnificada, utilizándose aperos muy pesados y rudimentarios, con una producción que no llega para abastecer la demanda y consumo de las propias familias.

La superficie trabajada por cada familia es muy pequeña, siendo lo más habitual una superficie de entre 1 y 2 hectáreas. Por supuesto no hay excedentes para comercializar fuera del Distrito, si exceptuamos algo de café y fruta.

Hay muchas zonas, las más altas y apartadas, en las que la propiedad de la tierra es comunal, de tal forma que cada campesino trabaja la tierra que es

capaz de trabajar, comparten tareas y se organizan en una especie de cooperativas llamadas “comunidades campesinas”.

La siembra empieza con las primeras lluvias del año, generalmente en los meses de junio, Julio y Agosto.



En las zonas altas la producción agrícola se reparte entre:

- Papa (múltiples tipos de patatas)	90 %
- Oca	5 %
- Olluco	3 %
- Verduras y leguminosas	2 %

B) Ganadería:

El 80 % de la población activa se dedica a la ganadería, también para consumo familiar, aunque en una pequeña proporción se destina a la comercialización, utilizando estos ingresos para la educación de los hijos.

Esta comercialización se reparte en la proporción siguiente:

- Ganado vacuno	80 %
- Ganado ovino	15 %
- Otros	5 %

La comercialización se realiza por intermediarios hacia los valles de la provincia de La Convención, o en las ferias de Vilcabamba la Nueva, Ccayara, Huancacalle, Yupanca y Chupana, los sábados o domingos. Aún se utiliza el sistema de trueque en algunas zonas.

En las viviendas corretean las gallinas, los cuyes y en ocasiones conejos. También los chanchos (cerdos de mucho pelo y color oscuro) que andan sueltos por los alrededores de la casa, contribuyen a la economía familiar.

En las zonas de sierra alta hay caballos y potros sueltos, aunque apenas hay tradición de su consumo, utilizándolos para el transporte.

Organización Comunitaria

Autoridades locales:

1. **El Alcalde** elegido en unos comicios municipales, ejerce desde el Ayuntamiento localizado en Pucyura, aunque la capital del Distrito está en Lucma.
2. La **Agentía municipal** es una autoridad importante dentro de la jurisdicción, encargado de otorgar constancias de nacimiento y defunción, ejecutar peritajes por daños ocasionados, ejecutar las cobranzas de los “sitiajes” (impuestos) para la caja municipal.
3. **El Gobernador del Distrito y los Tenientes Gobernadores**, también elegidos por sufragio universal, que son los representantes políticos de las comunidades campesinas.

El Gobernador de Distrito tiene la residencia oficial en Lucma. Los Tenientes Gobernadores son los representantes del Gobernador en las comunidades, y tienen funciones múltiples como:

- Hacer guardar el orden público en caso de ausencia de la policía nacional, cuando hay reuniones o convocatorias cívicas.
- Autorizar y legalizar la compra y venta de animales.
- Legalizar poderes notariales.
- Notificar a los ciudadanos por mandato judicial o policial.
- Expedir certificados de antecedentes comunales



Charla en la la posta de Arma

Organizaciones comunales

1. Las comunidades campesinas.

Existen en gran número en el Distrito de Vilcabamba y ellas pertenecen los comuneros.

Son comuneros todos aquellos que cumplieron los 18 años de edad y están empadronados en un libro de registro y re-empadronados cada 2 años.

Tienen derechos y obligaciones de acuerdo al reglamento y estatuto interno de la comunidad.

Constituyen una Junta Directiva compuesta por un presidente, secretario de finanzas, secretario de actas, vocales, fiscal, teniente gobernador, juez de paz, y agente municipal.



El presidente de la comunidad es elegido en un ágora por un periodo de dos años y su misión es administrar la comunidad en todos sus niveles y sectores.

Aunque carecen de competencias formales, en la práctica constituyen un poder real y práctico, dada la escasa presencia institucional y lo apartado y olvidado del territorio.

2. Clubes de madres y vaso de leche

Conformadas por las madres y niños de la comunidad, tienen la finalidad de preparar alimentos básicos, organizar algunas charlas y otras actividades, asesoradas por un promotor del PROMUDEH.

3. Comedores populares

Grupos de mujeres en cada comunidad que enfrentan el problema de la nutrición infantil para los más necesitados, mediante la elaboración de comida gratuita.

4. Ronda campesina

Llamada también de autodefensa, está constituida por habitantes aptos y hábiles a nivel de los diferentes sectores de la comunidad. Tienen la misión de defender la integridad territorial y garantizar la seguridad contra la subversión y delincuencia.



Reunión de promotores en el C.S. Pucyura

5. Varayoc

Dentro de la organización campesina de Vilcabamba existen quienes tienen la obligación de servir a la comunidad durante un año, previa elección democrática. Organizan pequeños trabajos y obras para la comunidad. Es un residuo de la cultura incaica.

6. Comisiones específicas

Se constituyen circunstancialmente para enfrentar problemas concretos, como El **Comité de Muerte Materna**, para mejorar los altos índices de muerte perinatal y materna que se dan en el Distrito, o el **Comité de Defensa Civil** para estar prestos ante cualquier catástrofe.

7. Promotores de salud

Son personas de las comunidades, parteras tradicionales o líderes comunitarios, que en colaboración con el Centro de Salud realizan tareas de promoción de salud de información epidemiológica y pequeñas actividades asistenciales, aunque en ocasiones tienen que atender partos.

Reciben una preparación en el Centro de Salud, con una reunión mensual, y su aportación es completamente altruista.



Situación de Salud

Índices y Tasas del Distrito (año 1999)

Mortalidad general:	12.3 / 1000
Mortalidad Infantil:	7.9 / 1000
Natalidad:	22 / 1000
Mortalidad Perinatal:	5.33 / 1000
Mortalidad Materna:	1% partos
Tasa de Fecundidad:	68 %
Expectativa de vida al nacer:	65.7 años



MORBILIDAD

A) La siguiente tabla refleja las 10 primeras causas de morbilidad (Atendida en Vilcabamba entre Octubre del 98 a Octubre del 99, distribuidas por edades):

ENFERMEDAD	0-28 días	1 año	1-4 años	5-14 años	15-24 años	25-49 años	> 50 años	TOTAL
Inf. Resp. Aguda	7	31	56	65	33	42	5	239
Infec. Intestinal	1	29	50	18	7	53	3	138
Helmintiasis	1	0	11	35	3	5	0	55
Enf. Inflamatoria pélvica femenina	0	0	0	0	3	52	0	55
Nefritis y S. Nefrótico	1	0	0	7	7	35	2	52
Traumatismos	0	0	2	17	13	13	5	50
Déficit nutricional	0	3	37	2	0	2	0	44
Neumonía y gripe	0	8	20	6	1	5	1	41
Trans. Neuróticos y Psicóticos	0	3	10	5	3	18	2	41
Enf. de la boca	0	4	3	16	10	15	0	38

B) Enfermedades endémicas tropicales

Gran parte de la provincia de La Convención y del Distrito de Vilcabamba tiene características climatológicas tropicales que van a condicionar la presencia en el Distrito de patologías endémico-epidémicas típicamente tropicales como:

- Leishmaniasis (741 casos en La Convención, no disponemos de datos en Vilcabamba)
- Malaria (*P. vivax*) (90 casos declarados en Vilcabamba en el 98)
- Fiebre amarilla (4 casos declarados en Vilcabamba en el 98)
- Dengue (2 casos declarados en el 98 en la provincia)
- Hepatitis virales (3 casos declarados en Vilcabamba en el 98)
- Cólera (35 casos declarados en Vilcabamba en el 98)
- Leptospirosis (no disponemos de datos)
- Bartonelosis, en su forma aguda (5 casos declarados en Vilcabamba en el 98)
- Micosis profundas (131 casos declarados en la provincia de La Convención en el 98)
- Micosis superficiales (860 casos)
- Enteroparasitosis (2. 802 casos declarados en la provincia de La Convención en el 98)

La mayoría de ellas tienen altas tasas de letalidad, y van a exigir una política de salud pública como



Leishmaniasis cutánea vista en la consulta

la instalación y mejora de sistemas de abastecimiento de agua potable en las zonas de mayor riesgo para algunas enfermedades (Leptospirosis, Cólera, Hepatitis, Enteroparasitosis...). Otras gozan de controles epidemiológicos y programas estatales específicos (Malaria, Leishmaniasis, Bartonelosis...)

C) Otras enfermedades infecciosas

En este apartado no disponemos de datos referidos al Distrito de Vilcabamba, correspondiendo los que tenemos a toda la provincia de La Convención (145.000 habitantes).

Neumonía: muy frecuente, sobre todo en niños, condicionada al clima y las deficiencias de ropa de abrigo. En 1998 se declararon en la provincia 1157 casos, con una tasa de incidencia de 7.98

Enfermedades diarreicas agudas: con 6.012 casos declarados en la provincia, una tasa de incidencia de 41.46, y 33 muertes en el año 1998.

Tuberculosis: es endémica en la zona. En la provincia se declararon en el año 1998 un total de 348 casos, con una tasa de incidencia de 2.40. Hay un programa estatal que financia el tratamiento antituberculoso, centrándose la estrategia en la vacunación y el tratamiento de los casos. Apenas se realizan pruebas de tuberculina.

Enfermedades venéreas: con 28 casos declarados en el mismo periodo.

Tétanos: con 1 caso declarado en 1998.

Rabia humana: transmitida por la mordedura de murciélagos hematófagos. Carecemos de datos.

Fasciola hepática: de muy alta incidencia en el ganado de las sierras altas de Vilcabamba, sabemos de la existencia de algunos casos (una muerte en el 97), pero hay la sospecha de muchos sin diagnosticar.

Virus Influenza tipo B: con varios casos en comunidades nativas del Bajo Urubamba, donde se comporta de forma letal.

Existen zonas silenciosas para enfermedades aún no identificadas, y que pueden tener un comportamiento epidémico. Son localidades de difícil acceso, como en Bajo Urubamba, zonas altas de Vilcabamba y Santa Teresa, que reciben poco apoyo para las intervenciones y no se tiene un diagnóstico real de los problemas prevalentes.

C) Otros problemas de salud:

1. Accidentes y Traumatismos

Constituyen una importante causa de morbi-mortalidad. Los de tráfico son escasos por la poca cantidad de vehículos, aunque suelen ser graves a causa de lo accidentado del terreno y los factores climatológicos. Son muy frecuentes los domésticos y laborales por las condiciones de trabajo y la mala calidad de los aperos de labranza. También hay que reseñar las agresiones, sobre todo con las mujeres (maltrato familiar, al que contribuye la cultura machista y el alcoholismo).

No se dispone de datos en relación con este problema.



Consulta de medicina general improvisada en Vilcabamba la nueva

2. Cardiovascular

En todo Perú, la mortalidad proporcional por enfermedades del aparato circulatorio varió entre 1980 y 1992 de 11.8% a 19.4% del total de defunciones por causas definidas.

La tasa estimada de mortalidad por estas enfermedades para el periodo 1990-1992 fue de 186 y 209 / 100.000 habitantes, en hombres y mujeres, respectivamente.

La prevalencia de Hipertensión arterial en adultos se estimó en 17 % en la costa y en el 5 % en la sierra y selva.

No se dispone de datos en el Distrito de Vilcabamba, aunque es evidente que no es considerado prioritario en la práctica asistencial, siendo la prevalencia de hipertensión arterial muy baja.

En Vilcabamba no hay diagnosticado ningún diabético, no sabemos el motivo, pero en el Centro de Salud no se hacen análisis y no existe como problema de salud.

Lo mismo con las dislipemias, aunque en este caso, la poquísima prevalencia de obesidad y el tipo de vida de los vilcabambinos, contribuyen a que tampoco constituya un problema de salud.

Como otras patologías de tipo crónico, requieren para su tratamiento pruebas complementarias, controles analíticos, y tratamiento farmacológico crónico. Sin embargo, no hay recursos, ni por parte del sistema sanitario ni por parte de la población que no podría costear los tratamientos. En comunidades de pocos recursos, estos se invierten donde muestran mas rentabilidad. En Vilcabamba que cuenta con únicamente los más esenciales fármacos, no hay cabida para hipolipemiantes o antidiabéticos.

3. Enfermedades digestivas

Muy frecuentes en las consultas, sobre todo gastritis y úlcera gastroduodenal, condicionado por la mala alimentación, con picantes, consumo de mucho café y alcohol.

También hay mucha parasitosis intestinal y gastroenteritis, por las malas condiciones del agua de consumo doméstico.

También hay una prevalencia importante de cálculos biliares, que no pueden ser intervenidos por falta de recursos.

4. Enfermedades reumatológicas

Son, junto con las infecciosas, digestivas y traumatismos, el mayor motivo de demanda en las consultas en Vilcabamba.

Las lumbalgias en relación con el trabajo, y el peso del hijo en la espalda de las mujeres, son muy frecuentes. El clima también contribuye a prevalencia de las artrosis en las personas de mayor edad.



5. La salud mental

Este es un problema complejo, porque aunque los problemas de salud mental son de alta prevalencia, no se dispone de recursos para unos tratamientos que suelen ser crónicos. En la farmacia del Centro de Salud únicamente hay diazepam como fármaco psicotrópico, utilizándose la psicoterapia de apoyo como único recurso. Tampoco hay ningún trabajador social en el Distrito (hay uno para los 140.000 habitantes de la provincia de La Convención. Tampoco hay prestaciones sociales para estos problemas.

Hay alta prevalencia de Depresiones, muchas veces no verbalizada por el paciente, otras veces con gran componente somatizador.

Es curioso comprobar como se concretan y manifiestan estas somatizaciones, en relación con su cultura (“arden las manos”, “duele el vientre y la cabeza” “tengo preocupaciones”,).

Llama también la atención la alta frecuencia que de depresión en jóvenes (20-25 años).

Varios son los determinantes de esta situación:

- Las penalidades y duras condiciones de vida de la población.
- La falta de perspectivas de futuro y la falta de estímulos locales, sin lugares para el ocio, el deporte y la diversión. Esto afecta mucho a los jóvenes.
- Una cultura machista que está haciendo padecer maltratos y vejaciones a las mujeres.
- El alcoholismo, que afecta a gran parte de la población.

Todos los años hay en el Distrito de Vilcabamba 1-2 suicidios, aunque hay la sospecha de que otros quedan sin diagnosticar.



6. Tumores malignos

No se dispone de datos de incidencia y prevalencia, en Vilcabamba y en el ámbito nacional.

Solo hay datos de Lima capital, donde la tasa de incidencia fue de 112 / 100.000 habitantes en 1991 y la tasa de mortalidad por cáncer en 1990-92 se estimó en 113 y 138 / 100.000 habitantes, en varones y mujeres, respectivamente.

Las neoplasias malignas más frecuentes en los hombres son las de estómago, próstata y pulmón; en las mujeres, las de útero, mama y estómago.



7. Piel

Son frecuentes las micosis superficiales y profundas.

La Leishmaniasis, frecuente sobre todo en las zonas de menor altitud, cuenta con un programa de tratamiento estatal dado lo prolongado y caro del tratamiento. Aún así, muchos pacientes no pueden asumir el costo de lo que tienen que aportar, y no cumplen el tratamiento.

8. Vista y oído

Hay muchas cataratas en la gente mayor, e incluso congénitas en niños, que no se operan por falta de recursos.

Las conjuntivitis son muy frecuentes en la consulta, condicionadas por el ambiente de humo de las viviendas, donde se calientan y cocinan sin salida de humos, pues no tienen chimeneas.

Los defectos de refracción no se corrigen porque no hay gafas ni oftalmólogo en toda la provincia, teniendo que ir a Cuzco. En la farmacia del Centro de Salud no hay ningún colirio ni medicación oftalmológica. Eso significa que los mayores no pueden hacer trabajos que impliquen visión de cerca por la presbicia, los pequeños con defectos de refracción se ven abocados a la ambliopía, los miopes no ven ni el encerado ...

Las sorderas e hipoacusias son muy frecuentes en las personas mayores, pero también en los jóvenes por las sucesivas otitis que no han tratado.

No hay prótesis auditivas en Vilcabamba.



9. Dentición

La salud bucodental es catastrófica en la población en general, encontrándose pocas personas que escapen a esta situación.

La mala alimentación y falta de hábitos higiénicos determina esta situación, con gran cantidad de pérdidas dentales, y enfermedades gingivales.

Esto es más preocupante en los niños, donde la introducción de caramelos, golosinas y azúcares en general, a cambio de la tradicional alimentación de la zona, ha originado una elevada prevalencia de caries y pérdidas dentales.

10. Picaduras y mordeduras de serpientes

Son frecuentes las mordeduras graves de serpientes y arañas venenosas, sobre todo en las zonas más bajas, de ceja de selva.

También se dan casos, en estas zonas, de mordeduras de murciélagos hematófagos, mientras duermen en las viviendas, pudiendo transmitir la rabia.

11. Tabaco, alcohol y drogas

Por el momento, hay muy poco consumo de tabaco en el Distrito.

En cambio el alcohol (cerveza y una especie de aguardiente local) constituye un grave problema de salud. Se empieza a beber desde muy jóvenes y forma parte del proceso de socialización, sobre todo en los hombres, que se juntan en la cantina. Origina accidentes, ahogamientos en los ríos, agresiones, violaciones, muy frecuentes en la zona.

El consumo de hojas de coca (con escasa similitud al consumo de cocaína del mundo occidental) pertenece a la cultura de la zona, sobre todo en las zonas más apartadas, donde se utiliza mascándola y manteniéndola en la boca, para aumentar la resistencia a la fatiga y como euforizante. También forma parte de todos los rituales, y de cantidad de fórmulas a las que se atribuyen propiedades curativas.

También se toma en infusiones, aunque en mucha menor medida que el café, que se consume en grandes cantidades como estimulante.

No hay en la zona producción ni tráfico de cocaína y no parece que este tipo de consumo de hojas de coca esté suponiendo un problema de salud en la zona.

12. Otros problemas de salud

Hay otros problemas de salud relativamente frecuentes, muchos de ellos con poca capacidad de resolución en la zona, como los prostatismos y otras enfermedades urológicas, las varices y hemorroides, la epilepsia y otros problemas neurológicos, problemas ginecológicos, etc.



Organización y recursos sanitarios

1) Marco general de la situación en Perú

A) El sistema de salud en Perú

La meta de la política social peruana a medio plazo es la reducción de la pobreza extrema, en un 50 % para el periodo 1995 – 2000. Para esa meta, desarrolla programas específicos en educación, salud, alimentación y justicia.

En salud, el Programa de Salud Básica para Todos funciona desde 1994 y tiene por objetivo elevar la capacidad resolutive de los establecimientos del primer nivel de atención, comenzando con los que se ubican en las zonas de mayor pobreza.

En Junio de 1997 se promulgó la Ley General de Salud, en la que asigna al Estado la financiación preferente de las acciones de salud pública y la obligación de subsidiar total o parcialmente la atención sanitaria a las poblaciones de menos recursos que no gocen de otro régimen de prestaciones de salud, publico o privado.

El Ministerio de Salud (MINSa) se responsabiliza de la formulación de políticas, planeamiento estratégico, regulación y control sanitario.

Las redes de establecimientos públicos de servicios de atención básica de salud cuentan con sus propias unidades de gerencia descentralizada.

La Ley de Modernización de la Seguridad Social de 1997 flexibiliza el monopolio público en la provisión de la atención médica de los asegurados del Instituto Peruano de la Seguridad Social (IPSS) y permite la libertad de afiliación de los asegurados a proveedores privados, denominados

empresas prestadoras de servicios de salud. El proceso busca desarrollar el mercado de servicios de salud para aumentar la cobertura de la población de menores ingresos, mejorar la calidad de los servicios y estimular la eficiencia en la asignación de recursos. Este proceso ha originado una gran polémica a nivel estatal, con elevada oposición por parte de la población.

B) Organización del sector salud

El sector salud en Perú está conformado por:

- **Sector público:** Ministerio de Salud (MINSa), Instituto Peruano de la Seguridad Social (IPSS), Sanidad de las Fuerzas Armadas, y Beneficencia.
- **Sector privado:** seguros médicos y prestadores privados.
- **Instituciones sin ánimo de lucro.**

En el año 1995 el país contaba con 7.304 establecimientos de salud, de los cuales 5.931 (81 %) pertenecían al MINSa; de estos, 134 eran hospitales, 1.028 centros de salud y 4.762 puestos de salud.

En los últimos años, merced al Programa Salud Básica para Todos y del Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud, se ha incrementado mucho el número de establecimientos y recursos humanos.

Sin embargo, se mantienen enormes diferencias entre unas zonas y otras del país. Mientras en unas zonas hay una cama por cada 220 habitantes, en otras hay una por cada 1.700 (cifras del año 1995).

Los departamentos de mayor pobreza son los que presentan una menor disponibilidad de personal de salud. Desde zonas con 2.8 médicos por

10.000 habitantes hasta otras con 23 médicos por cada 10.000. En Vilcabamba hay uno para 14.000 habitantes.

Para compensar esta distribución inequitativa, el gobierno, mediante el Programa Salud para Todos, contrata personal para atender a la población de las zonas de mayor pobreza. En Vilcabamba hay una enfermera, una obstetrix y dos técnicos sanitarios, contratados por este Programa.

C) Medicamentos

Perú ha sido pionero en aplicar programas de medicamentos esenciales. El Programa de Administración Compartida de Farmacias provee un conjunto de 63 medicamentos esenciales de bajo costo a cerca de 1000 centros y 4.500 puestos de salud del primer nivel de atención, y tiene como estrategias principales la autonomía administrativa subregional, la administración de fondos rotatorios y la participación comunitaria (los pacientes pagan el medicamento).

En el MINSA la gratuidad de los medicamentos es únicamente para pacientes atendidos en los programas gubernamentales y para personas indigentes.

Por su parte, el IPSS, con unos 6 millones de asegurados cuenta con un sistema propio de abastecimiento de medicamentos basado en un listado diferenciado por niveles de atención.

D) Utilización y demanda de los servicios de salud

Según la Encuesta Nacional de Hogares de 1995, el 29 % de los entrevistados manifestó haber presentado algún síntoma de enfermedad o accidente dentro de los 15 días previos a la encuesta. Se observó una relación entre la población de menores ingresos y menor nivel educativo, con un mayor padecimiento de síntomas.

Según la misma Encuesta, el 58 % de la población que manifestó haber tenido algún síntoma de enfermedad o accidente no realizó ninguna consulta (69 % en la población rural), y el 65 % de ella expresó como principal motivo la falta de recursos económicos.

La decisión de consultar estuvo asociada al nivel educativo y al nivel de ingresos.

Los de mayor ingreso y nivel educativo consultaron más y prefirieron mayormente la consulta privada y los de menor ingreso

recurrieron a establecimientos del MINSA, farmacias y curanderos.

E) Promoción de la salud

En Perú, muchos de los problemas de salud individual, familiar y comunitaria están relacionados con prácticas, hábitos y comportamientos no saludables y con las condiciones de pobreza en que vive un alto porcentaje de la población.

Desde 1995, dentro del marco de los lineamientos de políticas de salud, el Ministerio de Salud destaca la promoción de condiciones y modos de vida saludables, orientados a mejorar la calidad de vida de la población.

En 1996 el MINSA propulsó la Iniciativa de Comunidades Saludables para el Desarrollo Humano Sostenido, en la que la participación comunitaria y la comunicación social son sus principales estrategias.

El manejo del embarazo en las adolescentes, la violencia contra los niños, la gestión ambiental y la prevención de enfermedades transmisibles fueron parte importante de las actividades realizadas.

F) Financiación y gasto sanitario

En 1995 el gasto total en salud representó el 3.6 % del PIB, manteniéndose estable desde 1992, y el gasto per cápita fue de US\$ 89.

La distribución de ese gasto , en % del PIB fué:

- El MINSA	1 %
- El IPSS	1.3 %
- El gasto privado	1.2 %

El gasto del MINSA se concentra ligeramente en las subregiones que presentan mejores indicadores de salud, lo que sugiere un patrón distributivo inadecuado.

Existen diversas y complejas fuentes de financiamiento de las subregiones de salud, debido a la pluralidad de instituciones que remiten fondos (Diversos programas e instituciones del MINSA, Ministerio de Economía y Finanzas, cooperación externa...)

No se cuenta con una política respecto a la generación de ingresos propios, y existen criterios diferentes según los establecimientos de salud. Esta situación genera inequidades.

G) Cooperación técnica y financiera externa

En 1992 la asistencia externa al Perú ascendió a US\$ 875.871.000. De esta cantidad, el 1.6 % provino de organizaciones no gubernamentales internacionales.

De esta cooperación correspondió al sector salud el 3.9 % (5.600 millones de pesetas).

En 1993, la Oficina de Cooperación Externa del MINSA formuló el Programa Nacional de Cooperación Técnica Internacional del Sector Salud, que destaca tres áreas prioritarias:

- Desarrollo y fortalecimiento de programas y servicios
- Desarrollo de recursos humanos
- Cooperación andina en salud



2) La provincia de La Convención. Quillabamba

La Convención es una provincia que se encuentra al noroeste de Cuzco, a cuyo Departamento pertenece. Está a su vez, dividida en ocho Distritos.

Es una provincia muy extensa (el 43 % del total del Departamento de Cuzco) con cerca de 150.000 habitantes (el 16 % de la población total del Departamento).

En la provincia que hay que diferenciar dos nichos ecológicos muy diferenciados, cada uno con sus problemas:

- Zonas del bajo, medio y alto Urubamba, de selva tropical, y altitud entre 300 y 1500 m.
- Zonas alto andinas, de sierra, con altitudes entre los 1.500 y 4.500 metros.

La situación de salud y los recursos son distintos. Gran parte de la provincia se queda incomunicada durante la época de lluvias.

La capital, Quillabamba, que se encuentra en el Distrito de Santa Ana, tiene unos 30.000 habitantes, y es donde se ubica la UBASS Santa Ana (Unidad Básica de Asistencia Sanitaria) del Ministerio de Salud .

En Quillabamba, ubicado en un antiguo convento dominico está el Hospital de referencia del MINSA para toda la provincia, excepto para los Distritos de Quimbiri y Pichari que debido a falta de vías de comunicación, son atendidos por el Departamento de Ayacucho.



Su director, el Dr. Canales, es el máximo representante del MINSA (UBASS Santa Ana) en la provincia de La Convención.

Cada Distrito de la provincia cuenta con un Centro de Salud y varias Postas Sanitarias.

El Hospital de Quillabamba cuenta con unas instalaciones dignas pero con muy pocos recursos técnicos y materiales. En él trabajan unos diez médicos, y carece de la mayoría de las especialidades. Tiene pocos medios de transporte para enfermos y personal sanitario.

Actualmente, se están realizando obras de ampliación del Hospital, sobre todo en relación con el área quirúrgica.

La UBASS Santa Ana presta apoyo logístico a los Centros de Salud, lleva el control epidemiológico y el suministro de medicamentos. También coordina y dirige las actividades de los distintos programas sanitarios gubernamentales.

Hay también en Quillabamba otro pequeño Hospital, del IPSS, aunque la mayoría de la población de la provincia no pertenece a la Seguridad Social.

3) El Distrito de Vilcabamba

La totalidad de la población de Vilcabamba es atendida por el MINSA, del que dependen todos los recursos sanitarios. Una mínima parte tienen Seguridad Social (funcionarios, policías, maestros, sanitarios).

La asistencia sanitaria no es gratuita. Las tarifas varían, desde los tres soles (150 ptas.) que cuesta una consulta médica, treinta soles (1.500 ptas.) de un parto domiciliario hasta los 50 soles (2.500 ptas.) de una autopsia. Esto supone una barrera importante para la mayoría de la población, aunque las personas indigentes son atendidas igual.

Estos ingresos, de los que tienen que rendir cuentas los sanitarios a la UBASS Santa Ana, no son para el personal, sino que es el recurso de que disponen en el Centro de Salud para el mantenimiento y mejora de todas las instalaciones sanitarias, averías, material, gasolina para la moto, postas sanitarias, etc.

Los medicamentos tampoco son gratuitos. En Vilcabamba no hay farmacia, y las medicinas se venden en el propio Centro de Salud por unidades (una Aspirina, dos Paracetamoles, ocho Amoxicilinas...).

La farmacia del Centro de Salud cuenta con un listado de medicamentos esenciales, de los que disponen en parte, pues otros, simplemente no los hay. La UBASS Santa Ana facilita un depósito inicial de fármacos, y el dinero que se recauda con la venta de los mismos, sirve para reponerlos comprándoselos de nuevo a la UBASS, la cual tiene un precio especial, por debajo del precio de venta libre a la población.

El Distrito de Vilcabamba cuenta con:

- Un Centro de Salud en Pucyura
- Siete Puestos de Salud

El Centro de Salud de Pucyura

Es el Centro centinela y de referencia de todo el Distrito, a una distancia de 85 Km. de Quillabamba por camino de tierra (tres horas en todoterreno)

El Centro, se ubica en la localidad de Habaspata, a 1 Km. de Pucyura, que es el núcleo principal y donde está el Ayuntamiento.

Funciona como Centro de Salud desde el año 93 y cuenta con una superficie de 450 m. cuadrados, de los cuales la superficie construida es de 200 m aproximadamente.



Cesar, médico del centro de Salud de Pucyura durante la estancia de la expedición.

a) Recursos materiales:

Se trata de un edificio de una sola planta, con muros de adobe con revestimiento de yeso y techo de calamina.

Dispone de agua intubada proveniente de reservorio y eliminación de excretas a un pozo ciego.

Tiene luz eléctrica y una placa solar para alimentar una batería y una radio.

Cuenta con las siguientes dependencias:

- Una sala de recepción y espera.
- Un consultorio de medicina
- Un consultorio de enfermería.
- Un consultorio para la obstetriz.
- Una habitación con tres camas para hospitalización.
- Un ambiente para farmacia.
- Una sala de curas.
- Un almacén
- Un pequeño cuarto para laboratorio, con un microscopio.
- Un pequeño cuarto para la radio.

Hay un edificio anexo para residencia de los sanitarios, en muy mal estado.

Dispone de una moto para los desplazamientos a lugares accesibles, aunque hay dificultades para costear la gasolina.

En el mes de Noviembre carecía de agua debido a una avería importante en la intubación desde varios meses atrás.

Cerca del Centro los sanitarios comen en una pequeña casa de comidas.

b) Recursos humanos:

En el Centro de Salud trabajan:

	SERUM	Nomb.	Contr.	Total
Medico	1			1
Enferm.			2	2
Matrona		1		1
Técnicos		3	1	4

El médico se encuentra realizando el SERUM (Servicio Rural Marginal), un programa gubernamental por el que todos los médicos que acaban sus estudios tienen que pasar un año en una zona rural y apartada, como condición para poder ejercer posteriormente en la Sanidad Pública.

Esto origina que cada año cambie el médico, aunque sea muy buen profesional, como es el caso, y aunque quiera quedarse, lo cual ya tiene su mérito.

Los Técnicos Sanitarios son profesionales con una preparación equivalente a un FP – 1, en materia sanitaria.

Entre este personal se encuentra un enfermero y dos técnicos, contratados en función del Programa Salud para Todos.

Prácticamente todos los sanitarios están todo el día en el Centro de Salud o en sus dependencias, ya que aunque no estén de servicio no tienen a donde ir. Tienen dos días de vacaciones al mes y un mes de vacaciones (los que lo pueden coger, pues tienen que garantizar el servicio, y no los sustituyen).

Todos cuentan con un buen nivel de preparación, muy adecuado a las necesidades y recursos de que disponen, y con una motivación que es digna de elogio.

En el año 1999 se organizaron un número aproximado de 15 Promotores de Salud, que son personas de distintas zonas del Distrito a las que se prepara en el Centro de Salud para realizar tareas de vigilancia epidemiológica, educación para la salud y asistencia sanitaria cuando por la lejanía u otro motivo no hay ningún otro sanitario. Se reúnen todos los meses en el Centro de Salud, donde reciben un adiestramiento, y disponen de un pequeño botiquín para curas y otras necesidades. Entre ellos hay algunas parteras tradicionales y también líderes comunitarios. Atienden los partos cuando no queda otro remedio.

c) Funcionamiento:

No tienen en la práctica, horario de consulta, haciendo turnos de servicio según las necesidades y demandas. Trabajan en Equipo, con división de responsabilidades.

El Director del Centro es el médico del SERUMS, que además de su trabajo asistencial, se responsabiliza de las tareas administrativas, y de gestión del Centro.

En la asistencia sanitaria libran una batalla por ganarse la confianza de la población, la cual sigue muy aferrada a sus tradiciones, tratamientos de hierbas y curanderos. Para ello hacen una búsqueda activa de los enfermos, acudiendo a las casas donde se han enterado que hay una persona enferma o una embarazada.

Manejan 23 programas de salud gubernamentales, para distintos problemas (vacunaciones, tuberculosis, malaria, leishmaniasis, planificación familiar, etc.). También realizan campañas específicas cuando se lo ordenan de la UBASS Santa Ana.

En el último año, los sanitarios han comenzado a tener una proyección comunitaria importante, teniendo reuniones con la comunidad y con otras Instituciones, planificando algunas actividades de promoción de la salud.

Una de estas actividades tiene que ver con la alta mortalidad materna (dos casos en el 99) y perinatal (15 casos en el 99), constituyendo con otras Instituciones y representantes de la comunidad el Comité de Muerte Materno y Perinatal.

d) Actividades realizadas en el último año:

Durante el periodo Octubre-98 y Octubre-99 se realizaron en el Centro de Salud:

- Atenciones prestadas	4.393
- Personas atendidas	2.451
- Frecuentación (por persona)	1.79
- Visitas domiciliarias	110
- Charlas educativas	35
- Sesiones de formación	48

Además, el Centro de Salud es el administrador y distribuidor de varios programas gubernamentales en relación con la alimentación y nutrición de los niños preescolares y escolares (Programas CREDES, PACFO y PANFAR).

e) Los Puestos de Salud (también llamadas Postas sanitarias):

Se trata de pequeños Centros, en ocasiones casas de adobe utilizadas para este fin, en otras ocasiones construidos por los propios vecinos, que se encuentran dispersos por el Distrito

Su número actual, en estado operativo es de 7 Postas, cinco de ellas inaccesibles en coche y muy lejanas del Centro de Salud.

En ellas trabaja personal sanitario no médico:

- Posta de Oyara, con una enfermera, una obstetriz y un técnico sanitario.
- Posta de Paltaybamba, con un técnico sanitario.
- Posta de Pampaconas, con un enfermero y un técnico sanitario.
- Posta de Arma, con un técnico sanitario.
- Posta de Choquetira, con un técnico.
- Posta de Incahuasi, con un técnico.
- Posta de Ccaro, con un técnico.

Estas Postas carecen de agua y luz, salvo las de Oyara y Paltaybamba que se encuentran en la carretera de Quillabamba a Pucyura.

Tampoco están comunicadas por radio.

Cuentan con unas instalaciones en muy mal estado y muy escaso material y medicinas.

Cinco de ellas solo cuentan con un técnico sanitario, por lo que muchos días quedan desiertas, porque el técnico tiene que llevar todos los meses un informe a Pucyura, y en ocasiones a Quillabamba, además de los permisos vacacionales o por formación.

**Propuesta del Proyecto Salud y Desarrollo
a los sanitarios de Vilcabamba**

Introducción

Como era de esperar, la situación de salud del Distrito de Vilcabamba tiene una relación directa con la situación de desarrollo global, (educación, cultura, incluidos los hábitos alimentarios, economía, infraestructuras, equipamiento, comunicaciones, ausencia de agua potable y alcantarillado y sistema de eliminación de desperdicios, entre otros problemas del medio ambiente, etc.). De tal forma, que los problemas de salud están muy determinados por esta situación de desarrollo global, y que las soluciones, además de intentar un tratamiento de tipo asistencial de la mayor calidad posible, pasan por una **estrategia centrada en la promoción de la salud y mejora de las condiciones de vida en el Distrito**.

Las actividades asistenciales de los profesionales sanitarios que nos hemos desplazado desde España, en forma de “Campaña Sanitaria”, poco han contribuido a la mejora de la situación de salud de la población, a pesar de la expectativa generada y del esfuerzo de todos, incluido el de los propios profesionales sanitarios de Vilcabamba. Sí parece evidente, que esta actividad asistencial ha conseguido dos logros importantes :

1. Ha aportado un contacto muy masivo con la población, lo que ha permitido un rápido e importante conocimiento de la realidad, no solo sanitaria, del Distrito de Vilcabamba.
2. Ha permitido una aceptación muy considerable por parte de la población de nuestra presencia en el Distrito, lo que determina una mayor capacidad de influencia para intervenciones posteriores.

Sin embargo, nuestra cooperación no puede limitarse a este trabajo asistencial durante 15 – 20 días cada año, pues es evidente la escasa influencia que esto tiene en la salud de los vilcabambinos/as.

Una estrategia centrada en la promoción de la salud tiene inevitablemente que contar con la participación de la propia población de Vilcabamba, con su cultura, sus recursos y sus Instituciones.

Nuestra propuesta consiste por tanto, en iniciar un **proceso de cambios y mejoras en el sentido de un desarrollo de tipo global**, que **partiendo de la propia comunidad**, cuente con el apoyo que le pueda brindar la ciudadanía, los profesionales y

las Instituciones que sea capaz de movilizar el proyecto “SALUD Y DESARROLLO” desde España.

Para ello contamos con la experiencia que se lleva realizando desde hace diez años en el barrio de Labañou, llamada Plan Comunitario de Labañou, y que salvando las diferencias, consideramos de gran utilidad para esta realidad muy distinta del Distrito de Vilcabamba.

Este proceso de desarrollo comunitario se puede iniciar, dinamizar, por parte de distintos actores (una Institución, un servicio asistencial, una organización comunitaria, etc.), pero lo importante y decisivo no es quien lo proponga o inicie, sino que tenga la **perspectiva de incluir a todos los recursos existentes en el Distrito**, de unir a todos (autoridades, servicios y ciudadanos) en un objetivo común, la mejora de las condiciones de vida, y por tanto de salud, de los vilcabambinos/as.

En nuestra experiencia, los servicios sanitarios y sus profesionales están en inmejorable situación para iniciar, promover, dinamizar esta propuesta de desarrollo comunitario. Una condición indispensable para iniciar este proceso desde los profesionales sanitarios es que éstos tengan una buena relación con la comunidad, ofreciéndole a esta lo que la comunidad les demanda, una asistencia de la mayor calidad posible.

Es importante entender que estos procesos de cambio y mejora son procesos lentos, que no hay atajos posibles, y que la comunidad tiene sus propios ritmos de desarrollo. Por ello hay que evitar los voluntarismos, y dar los pasos en la dirección correcta, sin prisas y con prudencia.



La propuesta por tanto, no es otra que la de iniciar, dinamizar, un PROYECTO DE DESARROLLO COMUNITARIO DE TIPO GLOBAL en Vilcabamba, a partir de los profesionales sanitarios del Distrito, con una especial orientación a la promoción de la salud,

que cuente con la cooperación y los recursos que pueda movilizar el Proyecto “Salud y Desarrollo” desde España, incluyendo las gestiones que se puedan realizar ante las Instituciones peruanas.

Igualmente queremos hacer una serie de RECOMENDACIONES en la parte del Proyecto mas asistencial en materia sanitaria, fruto de la experiencia de esta primera expedición.



Por la mañana, camino al Centro de Salud de Pucyura

PROYECTO DE DESARROLLO COMUNITARIO DEL DISTRITO DE VILCABAMBA

a) Los primeros pasos :

Si después de una primera reflexión por parte de los propios trabajadores sanitarios, se considera factible y oportuno, la propuesta se concretaría en la constitución de una Comisión Promotora, formada por cinco o seis personas de la comunidad que asumieran con interés el proyecto.

Esta comisión, muy importante por que de ella dependería la viabilidad del proyecto, deberían ser personas que por su interés y motivación estuviesen realmente dispuestas a ponerlo en marcha. Sería deseable que fueran líderes comunitarios con seriedad y prestigio, capaces de trabajar en un objetivo común en bien de la comunidad.

En concreto, nos parece deseable que en esta Comisión Promotora se incluyeran :

- Dos personas del Centro de Salud de Pucyura, imprescindible el médico.
- El Gobernador de Vilcabamba.
- Un maestro/a
- Una mujer del Club de madres y vaso de leche.
- Un líder de las comunidades campesinas.

Habría que explicarles el proyecto y proponerles formar parte de esta Comisión Promotora.

Posteriormente, se podrían ir incorporando otras personas, algún promotor de salud, profesional de Promudeh, de los comedores populares, etc.

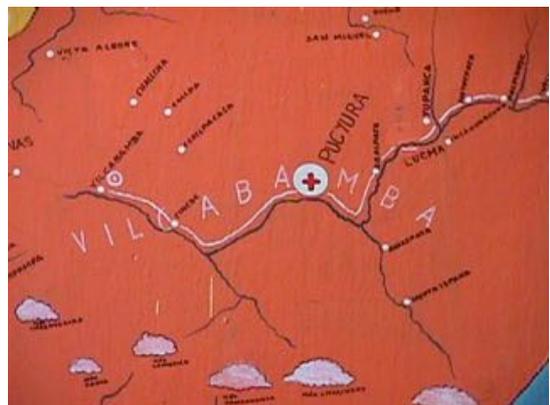
A todos ellos se les propondría iniciar un proceso que intentara coordinar todos los recursos existentes en la comunidad, que son muchos y que actualmente trabajan de forma individual y descoordinada para poder enfrentar los problemas que tiene el Distrito. Esto incluye la coordinación con las autoridades, las organizaciones comunitarias, los distintos programas gubernamentales, etc.

b) Las tareas de la Comisión Promotora :

1. Informar desde el principio al Alcalde, intentando buscar el apoyo institucional al Proyecto y a la Comisión Promotora del mismo.
2. Elaborar una Guía de todos los Recursos de que dispone la comunidad, tanto los propios como los situados fuera del Distrito pero que tienen actividades y responsabilidades con el mismo.

Cada recurso debe incluir sus prestaciones y actividades, su dirección y forma de acceso a ellos, es decir toda la información posible y útil para los ciudadanos.

Una vez elaborada la Guía de Recursos de Vilcabamba, se tiene que socializar de la manera más masiva posible, de forma que llegue a la mayor cantidad de ciudadanos, para que sea útil, mediante su publicación en forma de folleto. Para ello habría que intentar su financiación por parte del Ayuntamiento.



3. Realizar una primera aproximación a un Diagnóstico de los problemas del Distrito

Este primer Diagnóstico comunitario debería incluir unos datos de tipo objetivo (censo poblacional, ocupación, núcleos poblacionales, etc.) que se pueden obtener de los datos publicados por las distintas Instituciones, otros que provengan de la información de los Servicios (datos en relación con la salud, la educación, etc), y datos que provengan de entrevistas con representantes de la comunidad.

Toda esta información, que incluye los problemas detectados, se puede organizar por sectores (salud, vivienda, demografía, educación, sectores productivos, etc) y por franjas de población (problemas de la infancia, juventud, ancianos, mujer, etc).

Igualmente, durante este proceso, el protagonismo y la iniciativa que en un principio recaía en los profesionales sanitarios, se va desplazando a la propia comunidad, como no podía ser de otra forma.

tal manera que en el proceso de su elaboración se pueda llegar a un consenso entre todos.

Posteriormente, al igual que la Guía de Recursos, esta información tiene que ponerse a disposición de toda la comunidad, mediante su publicación.

El proceso de elaboración del primer Diagnóstico Comunitario es lento y durante el mismo se pueden ir incorporando más personas a la Comisión Promotora, de tal

(Diagnóstico Comunitario), de tipo global, que pueda ser compartido y útil para cualquier Institución, Servicio, Organización comunitaria o ciudadano interesado.

forma que del núcleo inicial de cinco o seis personas, se vayan incluyendo personas de todos los recursos (Instituciones, profesionales, organizaciones comunitarias, líderes informales de la comunidad, jóvenes y mujeres motivados, etc.).

c) Puesta en marcha de los primeros Programas o iniciativas

En relación con los problemas prioritarios consensuados por todos, y que deben tener relación con los problemas mas sentidos por la población.

En este momento, los profesionales sanitarios pueden proponer iniciativas que tengan que ver con los problemas de salud de la comunidad (muerte perinatal, carencias nutricionales, etc).

El sentido de estos Programas Comunitarios, que nacen del consenso y el acuerdo, y que movilizan todos los recursos existentes, es que los problemas enfrentados entre todos tienen muchas más posibilidades de salir adelante. “La unión hace la fuerza”.

Una vez que se ha alcanzado este desarrollo del proceso, lo normal es que se haga evidente la necesidad de crear un nuevo órgano comunitario, de carácter estable, representativo y democrático, con entidad jurídica y legal con capacidad de recibir financiación y subvenciones para poner en marcha de forma global y coordinada cualquier actividad o programa dirigido a enfrentar los problemas de salud y desarrollo del Distrito de Vilcabamba.



Recomendaciones asistenciales:

A) Atención al adulto:

Consideramos poco útil la atención a la demanda espontánea y masiva a la población en forma de “Campaña sanitaria”, por requerir un esfuerzo excesivo en tiempo y recursos para unos resultados muy pobres en términos de salud para la propia población, debido a que la práctica asistencial es muy distinta a la realizada en España.

- Muchos problemas de salud existentes son completamente desconocidos en España.
 - Los recursos diagnósticos y terapéuticos de que se dispone son muy limitados.
 - La cultura, tradiciones, creencias y valores de la población son muy ajenos a los de la población española lo que dificulta mucho la entrevista médico-paciente.
 - Genera unas expectativas en la población (“unos médicos extranjeros que vienen a curar las enfermedades”) que no tenemos posibilidad de satisfacer.
 - Da lugar a unas consultas de complacencia (acuden a por su medicina “mágica”) que generan gastos importantes en fármacos y recursos. De no satisfacer esta expectativa del fármaco el paciente se marcha frustrado.
- Consideramos que una consulta compartida entre el médico generalista y el médico cooperante sería de utilidad para ambas partes al permitir un trasvase de conocimientos que reflejan las dos realidades y las dos prácticas asistenciales.
 - Esta consulta compartida sería de mayor utilidad, si previamente se han seleccionado los pacientes de más grave patología, mediante citaciones a las fechas programadas por parte del personal sanitario del Centro de Salud y las Postas sanitarias.
 - Consideramos importante la atención al paciente desde una perspectiva menos orgánica y más bio-psico-social, para lo cual sería útil el asesoramiento en lo que respecta a la Historia clínica, Historia por problemas, Examen de Salud, Planes de actuación

integrales, Actividades preventivas protocolizadas, Educación para la salud, etc.

- Consideramos útil la provisión de diverso material diagnóstico al Centro de Salud y a las Postas sanitarias, incluyendo la capacitación para su uso.
- Consideramos útil la provisión de fármacos y material terapéutico al Centro de Salud, Postas sanitarias y promotores comunitarios, adecuado a las necesidades reales, incluyendo la capacitación para su manejo.
- Consideramos útil la provisión de material bibliográfico de consulta y de formación continuada para el personal sanitario.
- Consideramos importante la coordinación del trabajo en la Atención Primaria con el segundo nivel, especializado, en los Hospitales de referencia de Quillabamba y Cuzco, para dar solución a la diversa patología detectada, muy especialmente en relación con las necesidades concretas (oftalmología, cirugía, urología...). En este aspecto, es importante superar el condicionante de los costes para el paciente.
- En el futuro, el Proyecto de cooperación debería incluir la incorporación de profesionales sanitarios especialistas al Hospital de Quillabamba, para realizar asistencia y contribuir a la formación y dotación en este nivel asistencial.
- Consideramos importante la facilitación del acceso a técnicas diagnósticas de segundo nivel (Rx, analítica, endoscopias, ecografías, etc.).
- Consideramos útil la colaboración en la formación al personal de las Postas sanitarias y a la Educación para la salud que se realiza a la población en general.



B) Atención al niño

Naturalmente estas son unas propuestas en “caliente”, pendiente de reflexión y elaboración definitiva. Los libros e informes locales obtenidos y la reflexión sobre la experiencia y las informaciones verbales permitirán una ampliación y precisión de las propuestas.

- Pensamos que es importante la participación de equipos pediátricos en sucesivas expediciones, dada la patología detectada y el peso de la población menor de 14 años (36%). Para que su misión fuera más eficaz deberían recibir una introducción a la situación por parte del personal con experiencia.
- Consideramos poco útil la atención a la demanda espontánea y masiva a la población pediátrica en forma de “Campaña sanitaria”, por razones muy parecidas a las expuestas en medicina general.
- Hemos comprobado que el programa local de seguimiento del desarrollo y crecimiento, el de vacunaciones, así como el de suplementos nutricionales (PANFARITO) son buenos, aunque abarcan solamente a la población más joven y deberían extenderse, al menos hasta la edad de escolarización obligatoria, enlazando después con actividades dirigidas a la población escolar.
- Sin embargo, en esta primera experiencia (y quizás alguna futura más) ha sido importante para:
 - Dar a conocer el proyecto a la población.
 - Conocer de primera mano la demanda de asistencia y la forma peculiar de expresarse en este país
 - Completar con la morbilidad detectada un primer esbozo de diagnóstico de salud, que requiere una elaboración más detallada y con más tiempo. (Por ejemplo: los lactantes hasta los seis meses presentan un nivel de salud excelente, gracias al seguimiento masivo de la lactancia materna, pero su desarrollo psicomotor grueso es más lento que los estándares españoles por el hábito de llevarlos en un atado a la espalda, con escasa libertad de

movimientos; los niños reciben café y otras infusiones azucaradas desde muy pequeños, con las consecuencias de gastritis, caries, descenso del apetito, la situación de salud bucodental es desastrosa, etc., etc., etc.)

- Comprender peculiaridades del sistema sanitario local, entre otras:
- Las dificultades para acercarse al segundo nivel y la escasa capacidad resolutoria del mismo.
- Las diferencias del sistema de registro (utilización de sus propias historias clínicas; el epígrafe “neumonía” incluye toda la patología de vías aéreas inferiores, infecciosa bacteriana o no; “desnutrición” incluye problemas de crecimiento no nutricionales...)
- Contrastar los conocimientos de los sanitarios en patologías que nosotros conocemos.
- Entender la limitación del arsenal terapéutico disponible.
- Acercar al sistema de atención primaria a personas que nunca habían contactado con él
- Dar lugar a afluencias masivas que permitieron charlas de educación sanitaria por parte del personal, en las que participamos para reforzar los contenidos y la credibilidad de los sanitarios locales.



- Consideramos también que es mejor la consulta compartida y la selección de pacientes.
- Consideramos que tenemos algo que aportar desde nuestra experiencia para elaborar

conjuntamente un modelo sencillo, operativo y económico de historia clínica pediátrica que permita la atención al paciente desde una perspectiva menos orgánica y más bio-psico-social, incluyendo aspectos como la orientación por problemas y otros ya mencionados en el apartado de medicina general.

- También consideramos útil el refuerzo de la capacidad diagnóstica del sistema de atención primaria, especialmente para aquellos problemas de salud que ellos puedan resolver y/o derivar a Quillabamba porque allí se puedan solucionar.
- Nada que añadir a la provisión de fármacos y otro material terapéutico, bibliografía y otro material de formación, así como la participación en la capacitación del personal sanitario. Simplemente debe ser (también) adecuado al diagnóstico de salud definitivo de la población pediátrica y tener en cuenta su peso (36% de la población).
- También creemos que la parte sanitaria del proyecto debe considerar la posibilidad de reforzar la capacidad resolutoria (donaciones de material y aportación periódica de especialistas) del hospital de referencia (Quillabamba).
- No creemos muy difícil conseguir una capacitación del personal para la detección masiva de defectos de refracción y otros visuales y la aportación de lentes de corrección estandarizadas para su tratamiento, dado que esta patología aquí ni se contempla.
- Creemos que, para el correcto seguimiento de la población pediátrica es necesario disponer de gráficas de crecimiento peruanas desde los seis años hasta el término del mismo, que aquí es más tarde que en nuestro país, dado que la pubertad se retrasa relativamente, posiblemente por causa de la desnutrición crónica.
- Consideramos que una revisión masiva de los escolares, compartida con el personal sanitario local podría cumplir los siguientes objetivos:
 - Conocer mejor la situación de salud de la población escolarizada (70% de la población pediátrica mayor de seis años).
 - Intentar enfocar y resolver las patologías detectadas.

- Idem para comprender el grado de penetración y ejecución de los programas de salud y nutrición en la escuela, las posibilidades reales del seguro escolar, etc.

- Acercarnos al profesorado, que consideramos fundamental para un enfoque de educación para la salud, vital para una modificación real de la situación tanto en el desarrollo global del distrito como de la propia situación sanitaria, en particular en la colaboración para modificar las conductas y hábitos de vida nocivos que hemos detectado.

- Mejorar intervenciones futuras hacia este sector de la población.

C) Salud Afectivo-Sexual y Reproductiva **La Salud de las mujeres**

1) Características observadas

a) Socioculturales:

- Machismo exacerbado, toma de decisiones por el varón, frecuencia de malos tratos, negación personal y sexual, uso del embarazo y de la crianza como forma de subordinación, frecuente abandono.
- La convivencia prematrimonial perjudica a la mujer y condiciona negativamente futuras relaciones.
- Menor escolarización y abandono precoz de los estudios.
- No hay en la práctica ninguna intervención educativa, y no se aplican planes y programas existentes.

b) Sanitarias:

- Alta morbi-mortalidad asociada al embarazo, parto y puerperio.
- Probable disminución de la esperanza de vida por la elevada paridad, las condiciones de partos y abortos, el cáncer ginecológico y la denegación de auxilio.
- Alta morbilidad por E.T.S., que son mal estudiadas, mal diagnosticadas, tratadas incorrectamente y con enfoque machista de la intervención sanitaria.

- Incumplimiento de los programas preventivo-asistenciales.

c) Asistenciales:

- Actuación a demanda. Poca captación de mujeres en situación de riesgo.
- Controles de embarazo aceptables, pero la baja captación deja fuera a población de riesgo.
- Atención al parto muy centrada en conseguir (u obligar) que acudan a los locales del MINSA. Abordaje punitivo del parto domiciliario (precio, capacitación de quienes atienden). Problemas graves de transporte (del domicilio al Centro, de profesionales al domicilio, de las complicaciones al Hospital).
- Acceso deficiente a la Planificación Familiar, información escasa y sesgada, métodos en ocasiones inadecuados, instauración incorrecta, gratuidad y suministros. No se trabaja la implicación de los varones.
- Atención ginecológica sin la formación y práctica adecuadas. Diagnósticos sintomáticos a veces mal orientados. Escasez de medios diagnósticos y terapéuticos. Serios problemas para derivar al siguiente escalón asistencial.



2) Necesidades específicas

a) Educativo-formativas:

- Sensibilización y formación del profesorado en Educación para la Salud, campo de la Salud Afectivo-sexual y Reproductiva (docentes, materiales y supervisión)

- Captación y formación de mediadores/as juveniles o agentes inter-pares (docentes, materiales, supervisión)

- Captación y formación de promotores/as de salud comunitaria (materiales docentes y asistenciales).

- Capacitación del personal de salud (docentes, materiales, prácticas).

b) Recursos materiales:

- Quirófano-paritorio en el Centro de Salud, con la dotación adecuada (lámpara, mobiliario, instrumental).

- Sala de Tópico-paritorio dotada en todas las Postas Sanitarias.

- Equipo portátil de emergencias y partos en el Centro de Salud y en todas las Postas.

- Botiquines de emergencias para todos/as los/as promotores/as de salud.

- Dotación adecuada de fármacos en el Centro y en las Postas.

- Métodos de Planificación Familiar adecuados y ahora no disponibles.

3) Previsiones de cooperación específicas:

a) Colaboración en Educación para la Salud (afectivo-sexual, planificación familiar, prevención del cáncer femenino, E.T.S., embarazo y parto, aborto):

- Formación de formadores/as: sanitarios/as, profesores/as, clubes de madres, otros/as agentes comunitarios/as.

- Formación de mediadores/as juveniles.

b) Capacitación de Personal sanitario y para-sanitario:

- Ayuda material para la formación de promotores/as comunitarios/as.

- Capacitación del personal de salud:

- Recursos materiales (audio-visuales, impresos, bibliografía, maquetas y maniqués).

- Formación práctica (consulta conjunta, prácticas diagnósticas, sesiones clínicas...).

c) Cooperación preventiva y asistencial:

- Diagnóstico precoz del Cáncer femenino:
 - Financiación de Papanicolaos protocolizados.
 - Incluir exploración ginecológica y mamaria protocolizadas.
 - Hacer posible la recepción de las derivaciones
- Diagnóstico y tratamiento precoces de las E.T.S.:
 - Proporcionar medios diagnósticos necesarios.
 - Favorecer el cumplimiento de los criterios y protocolos existentes.
 - Facilitar los tratamientos necesarios.
 - Participar con profesionales y materiales en actividades de sensibilización.
- Planificación Familiar:
 - Proveer de materiales en quechua y sin palabras.
- Proveer de D.I.U.s más pequeños que la T 380 A, como el ML 375 SL.
- Realizar Ligaduras tubáricas y Vasectomías.
- Atención al embarazo y parto:
 - Apoyo profesional y material en campañas de sensibilización para los cuidados del embarazo y parto
 - Ayuda técnica y material para mejorar la calidad de los controles de embarazo y de la asistencia al parto, sea en instalaciones sanitarias o domiciliario.
 - Financiar los partos “sanitarios” total o parcialmente.
- Atención ginecológica:
 - Cooperación profesional y material en actividades de divulgación y sensibilización.
 - Mejorar la dotación de las consultas.
 - Dotar de recursos terapéuticos al Centro de salud y a las Postas sanitarias.
 - Contribuir a mejorar la atención especializada (pruebas diagnósticas, cirugía).



Reunión de balance con el Dr. Canales al término de la intervención sobre el terreno.

Recomendaciones en Dotación e Infraestructuras

a) Recursos humanos:

- Consideramos de vital importancia la contratación de otro médico (con carácter estable) de otro médico para el Distrito de Vilcabamba, que dé continuidad a la atención y se responsabilice de la gestión, dirección de personal y relación con la comunidad.
- Consideramos muy importante que cada Posta sanitaria cuente, al menos con dos sanitarios, uno de los cuales debería ser un profesional de enfermería, que evite la desatención y abandono en las múltiples ocasiones en que uno se tiene que desplazar por motivos asistenciales, de permisos, de formación o de tareas administrativas.
- Ampliación de dos a cuatro obstetrices (Pampaconas y Ccarco), para cubrir cada una un ratio de 3.000 habitantes, dada la alta natalidad y la elevada mortalidad perinatal.
- Aumento del número de Promotores/as de salud, de tipo voluntario y comunitario, con formación y recursos a cargo del personal de salud del Distrito.
- Sería recomendable la contratación de un Trabajador Social para el Distrito.
- Consideramos imprescindible la prórroga del contrato que con motivo del programa “Salud para todos en el año 2.000”, mantiene a un enfermero y dos técnicos.

b) Recursos materiales:

- Consideramos de la máxima prioridad la dotación de un medio de transporte para el personal sanitario y para los pacientes (ambulancia).
- Consideramos importante la reparación y restitución de la motocicleta que es utilizada por el personal del Centro de Salud de Pucyura, y que se encuentra en el Hospital de Quillabamba.
- Consideramos fundamental la ampliación y mejora del **C. De S. De Pucyura** en lo referente a:

- Reparación de la avería en la conducción de agua que mantiene al Centro sin agua corriente en el momento actual, potabilización y dotación de agua caliente.
- Pequeña incineradora de residuos que dé solución al tratamiento de materiales de desecho del Centro. Fosa séptica para eliminación de aguas residuales.
- Acondicionamiento y dotación de la sala de partos.
- Construcción de una estancia para el profesional de guardia del Centro.
- Construcción de una estancia para laboratorio.
- Construcción de una estancia para reuniones, educación para la salud, etc.
- Construcción de un cerco perimetral del área del Centro, que impida el acceso a los animales sueltos.
- Acondicionamiento de la zona de residencia para el personal del Centro, especialmente el baño, que proporcione unas mínimas condiciones dignas a los que en él habitan.

- Consideramos de gran utilidad una comunicación telefónica para el Centro de Salud de Pucyura (telefonía satelital), que facilite la comunicación de éste con el exterior, así como el acceso a Internet y E. Mail.
- Consideramos importante la dotación de material informático al Centro de Salud.
- Aumento de dotación de material fungible y de farmacia del Centro de Salud y de las Postas sanitarias.



- Consideramos imprescindible la dotación de **cada Posta sanitaria** de:

- Una placa solar y un acumulador adecuado (batería de camión), con un circuito que permita una conexión para dar luz a la estancia que en cada momento sea precisa.
- Una emisora de onda media, conectada a la placa solar, que permita una comunicación de todas las Postas sanitarias.
- Una sala de tóxico y paritorio.
- Un equipo de emergencias – partos portátil, para atención a domicilio.



Recomendaciones en la intervención comunitaria

El Distrito de Vilcabamba cuenta con un gran número de recursos institucionales, de servicios, de Programas gubernamentales con sus respectivos técnicos y profesionales, con organizaciones comunitarias y líderes comunitarios. Sin embargo, todos ellos tienen una orientación fundamentalmente asistencial, y muy escasa orientación preventiva y promocional.

Además, todos estos recursos actúan de manera descoordinada, cada uno por su cuenta, lo que origina en ocasiones duplicidades y mala eficiencia de los mismos, además de dificultar la puesta en marcha de intervenciones sobre la comunidad de carácter intersectorial e interdisciplinar.

En la intervención comunitaria que proponemos, el primer paso consiste en intentar superar este problema, poniendo a trabajar de forma coordinada todos estos recursos, con una visión de tipo global y participativo de todos ellos:

A) Las Instituciones

- Consideramos de la mayor importancia la implicación y coordinación del Sr. Alcalde del Distrito de Vilcabamba con los problemas de salud y con el personal sanitario.
- Consideramos sumamente necesario la colaboración del MINSA y la presencia física periódica del Director de la UBASS Santa Ana con el objeto de conocer, compartir, supervisar y apoyar el trabajo de los profesionales del Distrito.
- Consideramos muy importante la coordinación con los Programas que el PROMUDEH tiene en marcha en el Distrito (alfabetización...)
- Consideramos del mayor interés la colaboración del INADE (Instituto Nacional de Desarrollo), por medio de los profesionales, ingenieros, que intervengan en el Distrito en materia de asesoramiento y capacitación de los campesinos para optimizar la producción agropecuaria.
- En general, todas las Instituciones con responsabilidad política de planificación, gestión y financiación de recursos comunitarios, debe estar implicada en la salud de la población.

B) Los Servicios

- Los Servicios educativos constituyen un recurso en educación para la salud y el desarrollo, de la máxima importancia. Su implicación y trabajo en colaboración con los Servicios sanitarios es imprescindible.
- Los maestros son además unos importantísimos mediadores comunitarios, de gran influencia en la población en general.
- La Policía Nacional del Perú, también es un Servicio que puede jugar un papel de apoyo para enfrentar la salud y el desarrollo del Distrito.



- AGROPEL (ONG de Cuzco para el desarrollo andino) puede también contribuir en el asesoramiento técnico en materia agropecuaria.
- Sería deseable la participación de cualquier recurso profesional en materia de Servicios Sociales que tenga responsabilidad en el Distrito.

C) Las Organizaciones comunitarias

- El Sr. Gobernador del Distrito y los Tenientes Gobernadores
- Las Comunidades Campesinas

- Los Clubes de madres y vaso de leche
- Los Comedores populares
- El Comité de muerte perinatal
- Las organizaciones de carácter confesional o religiosa
- Las asociaciones culturales o deportivas existentes
- La Ronda Campesina y Varayoc
- Los Partidos o Sindicatos que pudieran existir en la comunidad
- Todas aquellas que existan en la comunidad, sin exclusión.

D) Líderes informales de la Comunidad

- Todas aquellas personas en el ámbito individual, que, sin estar formalmente organizados, tengan un papel de liderazgo en la comunidad, pueden jugar un papel importantísimo para la puesta en marcha de cualquier iniciativa comunitaria.

