



W.K. KELLOGG FOUNDATION
FROM VISION TO INNOVATIVE IMPACT

EXPERIENCIAS EN INNOVACIÓN SOCIAL Ciclo 2004-2005

“Acciones de Salud Comunitaria en la Selva Nacional de Tapajós” Brasil

RESUMEN

El Proyecto “Acciones de Salud Comunitaria en la Selva Nacional de Tapajós” es un modelo de atención de salud dirigido a poblaciones alejadas, ubicadas en la ribera del Río Tapajós en la región Norte de Brasil. Centra su atención, especialmente, en los problemas de salud de niños, niñas y mujeres utilizando los recursos de la propia comunidad y también de la selva, haciendo posible una atención de calidad con sistemas simples y factibles. Es un modelo que podría ser utilizado para aumentar la cobertura de salud en zonas alejadas de los países de la región. Este proyecto obtuvo el quinto lugar, entre 1.600 postulaciones recibidas en el ciclo 2004-2005 del Concurso “Experiencias en Innovación Social”, iniciativa de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) con apoyo de la Fundación W.K. Kellogg.

CONTEXTO EN EL QUE SE EJECUTA EL PROYECTO

El proyecto atiende 25 comunidades ubicadas en los Municipios de Belterra y Aveiro, todos en la zona de influencia del Municipio de Santarém, Estado de Pará, en la región norte de Brasil. Esta zona corresponde a la Selva Nacional de Tapajós, con una área de 600.000 hectáreas en el margen del Río Tapajós donde viven cerca de 1.100 familias, distribuidas en comunidades tradicionales rurales a lo largo del río, con distancias entre 5 y 15 horas de la ciudad utilizando algún tipo de transporte fluvial. Esta enorme dispersión territorial dificulta la articulación y coordinación entre comunidades, situación que impide, o por lo menos hace más complicada, la interlocución con las instancias públicas y ciertamente no contribuye a mejorar las condiciones de salud de la zona.

En general, en estas comunidades las familias ocupan tierras cuya situación de tenencia no es clara. Son pueblos mayoritariamente tradicionales, principalmente caboclos (descendientes de indígenas con blancos) que practican la extracción y la agricultura itinerante, básicamente para el autoconsumo, además de la caza, la pesca artesanal, la recolección de productos de la selva y la plantación de mandioca, con un casi nulo intercambio comercial.

El Río Tapajós, del cual extraen el agua para el consumo, es uno de los dos mayores tributarios del Amazonas. Este presenta significativos niveles de contaminación vegetal debido a la carga biológica que recibe de la propia selva. Las actividades productivas a las que se dedica esta población dan como resultado dietas muy limitadas. Además, la zona no cuenta con estructuras de saneamiento básico. Esta situación, unida a la falta de intervención adecuada y oportuna, agrava las enfermedades simples, que son enfermedades comunes para ciertos períodos de la vida y generalmente son causadas por un único agente. Son enfermedades que si se presentan en personas con una salud buena y un estado nutricional adecuado, se resuelven sencillamente y sin implicaciones futuras, pero si al contrario el cuerpo no disfruta de buena energía una enfermedad simple puede evolucionar hacia una complicación más seria. Como es lógico frente a estas condiciones de vida, la mortalidad infantil es elevada debido a las diarreas, infecciones respiratorias, enfermedades inmuno-prevenibles, desnutrición, anemias carenciales y parasitosis. La dificultad en el acceso al servicio público de salud, cuya ausencia es histórica en las localidades involucradas, se debe primordialmente a su ubicación geográfica, a las restricciones de comunicación y mecanismos de traslado hacia los pueblos más grandes, por otra parte, está la poca disponibilidad de personal capacitado y de recursos materiales. Todos estos aspectos profundizan una grave situación de salud en la zona.

En este sentido, cabe mencionar algunos datos que describen el contexto general de donde se ejecuta el proyecto. La Amazonía Legal brasileña es una definición geopolítica establecida en 1966 para planificar y promover el desarrollo de la región. Actualmente está constituida por 808 municipios distribuidos en nueve estados, siete de los cuales corresponden a la región norte, uno a la región centro-oeste y otro a la región noreste.^{1/}

La Amazonía Legal corresponde a la región con mayor extensión territorial (61% del territorio) y es la segunda región con menor número de habitantes (7,46% de la población) y muestra la menor densidad demográfica del país (4 hab/km²). Sus grandes distancias, la irregularidad de concentración poblacional y la insuficiencia de vías y medios de transporte resultan en dificultades en el acceso a los bienes y servicios públicos.^{2/} Más que cualquier otra región de Brasil, la Amazonía Legal se destaca por la diversidad étnica, social y cultural.

Tal y como se mencionó anteriormente, el proyecto presentado a consideración del Concurso, es ejecutado en dos municipios pertenecientes a la región norte. Según datos del censo del 2000^{3/}, esta región alcanzó una población de 14,2 millones, mientras que los nueve estados de la Amazonía Legal sumaron 21 millones de habitantes. Así mismo, se ha destacado por presentar situaciones adversas en salud, tanto en la parte de saneamiento como en la prestación de servicios de atención,

^{1/} Ministerio de Integración Nacional Brasil. <http://www.integracao.gov.br>

^{2/} Brasil. Ministerio de Salud. Secretaria Ejecutiva, Departamento de Apoyo y Descentralización. Plan de Calificación de Atención a la Salud del Amazonas Brasileño: Plan Salud Amazonía. Brasil: Ministerio de Salud, 2006.

^{3/} Ministerio de Salud Brasil. <http://www.datasus.gov.br>

especialmente en el acceso de las personas que requieren atención. Además muestra cifras superiores al promedio nacional en la tasa de mortalidad infantil y materna.

Llaman la atención otros datos demográficos de esta misma región. En 1999, la tasa de fecundidad específica en el grupo de 15 a 19 años de edad es significativamente superior al de otras regiones del país y la del promedio nacional (124,2 por mil mujeres versus 87.3). Algo similar, como es de esperarse, ocurre con la tasa de natalidad. Así mismo, la tasa de mortalidad de la región norte, en especial la infantil (34.47 por mil nacidos vivos) y la del grupo de 1 a 19 años de edad, son superiores a las otras regiones.^{4/ 5/} Lo anterior, entre otras cosas, refleja el hecho de que las condiciones de vida asociadas a la noción de pobreza difieren notablemente al interior de un mismo país.

Por otro lado, Aveiro y Belterra son municipios con un índice de desarrollo humano relativamente bajo y muy similar entre ellos^{6/}, pero, Belterra presenta algunos indicadores que lo diferencian positivamente de Aveiro. Las principales diferencias se muestran en el siguiente cuadro.

^{4/} Ministerio de Salud Brasil. <http://www.datasus.gov.br>

^{5/} PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil [en línea] <http://www.pnud.org.br/atlas/>

^{6/} Dirección de Estadística Estadual, Gobierno de Pará. Estadísticas Municipales. <http://www.sepof.pa.gov.br>

Cuadro 1. Algunos datos comparativos municipales, regionales y de América Latina.

Datos	Municipio Aveiro	Municipio Belterra	Brasil	Región norte, Brasil	América Latina
Población a/	18.427	17.192	187.600.886	14.698.878	551.629.558
Razón de sexo b/	110,3	114,2	97,55	-	97,8
Índice de Desarrollo Humano (IDH)	0,635 c/	0,647 c/	0,766 c/	0,725 c/	0,766 d/
Índice de Gini c/	0,64	0,65	0,606	0,602	-
Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)*	18,94 e/	29,85 e/	25,06 f/	27,07 f/	26,2 g/
Tres o menos años de educación (%)	57,1 c/	47,1 c/	30-39,9 h/	-	-
PIB per cápita i/	630	1383	4.004	-	4.117
Establecimientos de salud e/	3	6	-	-	-

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de información de:

- PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil [en línea] <http://www.pnud.org.br/atlas/>
- IGBE. Banco de datos de Estados. <http://www.ibge.gov.br/>
- CELADE. Estimaciones y Proyecciones de Población http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm
- Ministerio de Salud de Brasil. <http://www.datasus.gov.br>
- Panorama Social de América Latina 2005. <http://www.cepal.org>
- Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2004. <http://www.cepal.org>
- Gobierno del Estado de Pará, Estadísticas Municipales, <http://www.sepof.pa.gov.br>
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada de Brasil, <http://www.ipeadata.gov.br>
- PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano, 2005. <http://hdr.undp.org/reports/global/2005/>

a/ Población correspondiente al año 2005

b/ Cantidad de hombres por cada 100 mujeres, datos correspondientes al año 2000 (Municipios de Aveiro y Belterra) y año 2005 (Brasil y América Latina)

c/ Dato correspondiente al año 2000

d/ Dato correspondiente al año 2001

e/ Dato correspondiente al año 2003

f) Dato correspondiente al año 2002

g/ Dato correspondiente al quinquenio 2000-2005

h/ Cinco o menos años de educación, alrededor del 2002

i/ PIB per cápita del 2002 a precio de 1997, (US\$)

* Las tasas de mortalidad infantil evidencian el subregistro que es realidad en la mayoría de las zonas apartadas de la Región.

Comparando los municipios de Aveiro y Belterra, y según estadísticas municipales del gobierno de Pará, Aveiro tiene un número mayor de personas con menos de tres años de estudio y una tasa de mortalidad infantil significativamente menor (29,17 por mil nacidos vivos versus 43,48). Desafortunadamente, el sub-registro que existe en prácticamente todas las zonas rurales y apartadas de los países de la región, en los registros de nacimiento y por consiguiente en los de defunción, hace que los números no sean tan claros para ninguna de las comunidades. No obstante, y como se explicará posteriormente, el proyecto ha elaborado análisis y evaluaciones en donde se muestra claramente el impacto que han tenido en la mortalidad infantil de las comunidades que atienden.

En cuanto a prestación de servicios de salud, el municipio de Aveiro cuenta con tres establecimientos de salud: dos puestos y un centro; y Belterra tiene cuatro puestos de salud, una unidad de salud para la familia y una unidad de vigilancia sanitaria. Como se aprecia en el cuadro 2, en promedio para el año 2000, uno de cada cinco nacimientos en los dos municipios ocurre en mujeres con edad entre los 10 y 17 años; cifra que para Brasil no llega al 10% en ese mismo período.

*Cuadro 2. Niñas y Adolescentes de sexo femenino con hijos e hijas.
Municipios de Belterra y Aveiro, Brasil. 2000.*

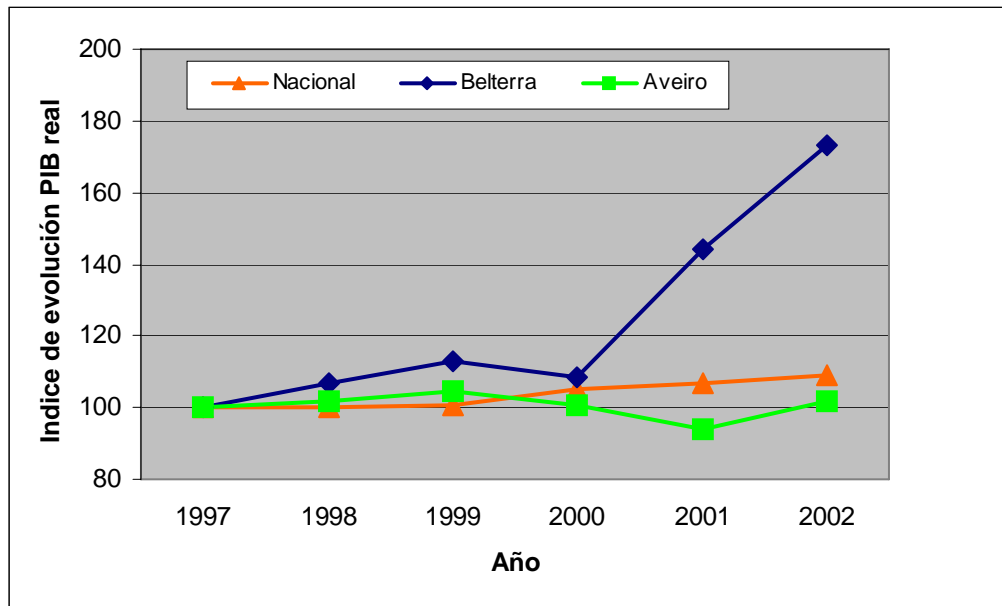
Lugar	Niñas entre 10 y 14 años de edad con hijos(as)	Adolescentes de sexo femenino entre 15 y 17 años de edad con hijos(as)
Municipio Aveiro	0,87	14,28
Municipio Belterra	0,05	21,31
Estado de Pará	0,72	12,94
Brasil	0,426	8,44

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de información de PNUD, Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil [en línea] <http://www.pnud.org.br/atlas/>

En la siguiente gráfica se muestra la evolución del PIB municipal y nacional^{7/}, donde se evidencia como Belterra ha logrado un mayor y más destacado crecimiento económico. En este sentido, Belterra supera el índice nacional, especialmente a partir de 2000, con la introducción de la plantación de soya y fuerte expansión del arroz.

^{7/} Índice base 1997 =100

Gráfico 1. Índice de evolución del PIB municipal y nacional. a/
Municipios de Belterra y Aveiro, Brasil. 1997-2002.



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de información proveniente de:

- Panorama Social de América Latina, 2005. <http://www.cepal.org>
 - Estadísticas Municipales Brasil, <http://www.sepof.pa.gov.br>
 - Instituto de Pesquisa Económica Aplicada de Brasil, <http://www.ipeadata.gov.br>
- a/ Índice base 1997=100

Las privaciones que enfrenta la población de estos dos municipios, son reflejo de la situación de pobreza e indigencia del país, que indudablemente tienen consecuencias graves en la salud de las personas y en general en su calidad de vida. Esta situación merece especial atención, desde instancias que sobrepasan la esfera de acción del proyecto, ya que Brasil presentó un incremento, tanto de la pobreza (1,2 puntos porcentuales) como de la indigencia (0,7 puntos), entre 2001 y 2003^{8/}. Sin embargo, se debe resaltar también el hecho de que Brasil, junto a Ecuador, México, Panamá y Uruguay, es uno de los países que ha logrado avances en la reducción de la pobreza iguales o superiores a lo esperado para el 2004^{9/}. Cabe mencionar que en América Latina, Brasil es el país con la peor distribución del ingreso en la región, como también el que tiene la mayor proporción de pobreza infantil relativa al ingreso medio.^{10/}

Brasil destina actualmente más del 18% de su producto interno a gasto social^{11/}, lo cual se asemeja a países como Argentina y Uruguay. A su vez, ha aumentado de manera relevante el gasto social como porcentaje del PIB, pasando de 17,3% en el bienio

^{8/} CEPAL. Panorama Social de América Latina, 2005

^{9/} CEPAL, OIT, FAO, UNESCO, OPS, PNUD, PNUMA, UNICEF, UNFPA, PMA, UN-Habitat, UNIFEM. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Agosto 2005

^{10/} CEPAL, UNICEF. Desafíos Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio. No. 1, septiembre 2005

^{11/} CEPAL. Panorama Social de América Latina 2005

1996-1997 a 19.1% en el bienio 2002-2003. No obstante, los promedios nacionales ocultan diferencias significativas entre distintos grupos sociales y áreas geográficas. Por ejemplo, de acuerdo con los datos disponibles, el acceso a los servicios y la situación relativa a la salud y la educación varían considerablemente según el nivel de ingreso de los hogares. Así mismo, las desigualdades en el campo de la salud y la educación se observan en función de la pertenencia a grupos étnicos o raciales o del área de residencia de las personas.^{12/}

Tal y como lo menciona el Panorama Social 2005, en lo que se refiere a disparidades socioeconómicas de la mortalidad infantil, estas siguen siendo significativas, como lo revela el caso de Brasil, país que muestra las mayores disparidades entre estratos socioeconómicos (la razón entre la mortalidad infantil del estrato urbano más pobre y el más rico es superior a 4). En las zonas rurales el avance en materia de sobrevivencia de los niños y niñas sigue estando encabezado por los terciles de mayor nivel socioeconómico.^{13/}

La persistencia de la morbi-mortalidad materno-infantil y las enfermedades infecciosas se vinculan estrechamente con el acceso inadecuado al agua potable, insatisfacción de necesidades básicas como la falta de sistemas apropiados de eliminación de excretas y el hacinamiento. Según el Ministerio de Salud^{14/}, la condición extremadamente insalubre en que se ha mantenido la región norte, esta asociada a la insuficiencia y baja efectividad de las políticas públicas en este sector. Todas estas situaciones forman parte del contexto donde se encuentra la población objetivo del proyecto.

ANTECEDENTES DEL PROYECTO

La idea nace en 1985 cuando fue creado el proyecto “Salud y Alegría” (PSA), año que también se fundó el Centro de Estudios Avanzados de Promoción Social y Ambiental (CEAPS). Producto del trabajo comunitario llevado a cabo en la zona por el médico Eugenio Scannavino y la maestra de arte Marcia Silveira.

El proyecto se desarrolla, desde 1987, en la Selva de Tapajós, en la región Norte de Brasil, específicamente en los Municipios de Belterra y Aveiro en el Estado de Pará. Esta interesante iniciativa de salud comunitaria nace como solución para algunos de los principales problemas de la zona los cuales fueron identificados de manera participativa por la propia comunidad. Entre éstos se destacaron: dificultad en el acceso a los servicios de salud, las elevadas tasas de mortalidad infantil y morbilidad por enfermedades infecciosas, parasitosis, desnutrición, falta de agua potable y saneamiento básico.

^{12/} CEPAL. Panorama Social de América Latina 2005.

^{13/} CEPAL. Panorama Social de América Latina 2005.

^{14/} Brasil. Ministerio de Salud. Secretaria Ejecutiva, Departamento de Apoyo y Descentralización. Plan de Calificación de Atención a la Salud del Amazonas Brasileño: Plan Salud Amazonía. Brasil: Ministerio de Salud, 2006.

El concepto del proyecto como tal, es un esfuerzo conjunto entre el equipo de CEAPS, las comunidades donde se desenvuelven las actividades y sus instancias representativas, agricultores y colaboradores. A partir del momento en que la Selva de Tapajós fue sectorizada para conformarse en un territorio estratégico para la acción del proyecto, se buscó capacitar y fortalecer gradualmente la población local para asumir la gestión del proceso. La estrategia de participación social y valorización de soluciones simples y adaptadas a la realidad local fueron los aspectos más relevantes que se discutieron para el diseño y ejecución del proyecto. De esta manera, el desarrollo progresivo en la zona ha tenido un papel importante en instancias como: Consejo Intercomunitario (CI), Foro de Planeamiento e Integración de la Selva de Tapajós, las asociaciones comunitarias e intercomunitarias y más recientemente, la Federación de Organizaciones y Comunidades de la Selva de Tapajós (FCFT).

Por otro lado, para enfrentar los desafíos relacionados a las condiciones de salud de la población, como por ejemplo, los índices de mortalidad infantil por causas simples, debían optimizarse los recursos locales que surgen del conocimiento empírico y de la experiencia acumulada. Se aprovechó especialmente el saber de las mujeres de la comunidad, dándoles un papel estratégico y diferenciado, porque siempre han sido quienes asumen un rol protagónico en los cuidados de salud, especialmente en lo referente a la salud materno-infantil, así como el uso de recursos fitoterapéuticos de la selva.

La presencia de este proyecto en la zona ha sido clave para buscar solución a los principales problemas de salud de esa región. Desde que el proyecto surgió, se ha logrado expandir el número de comunidades atendidas logrando su consolidación en 2001, cuando aumentó de 16 a 31 comunidades, asegurando la incorporación de las 25 que se caracterizan por ser comunidades ancestrales contempladas en este proyecto. Además, ha logrado la disminución de los principales problemas de salud, entre los que se destaca la tasa de mortalidad infantil y problemas de salud oral. Así mismo, y como un logro de enorme trascendencia, han hecho posible que el agua potable sea accesible para la totalidad de los hogares objetivo. Pero por sobretodo han logrado, mediante un proceso activo y permanente con la propia comunidad, una clara priorización de los problemas de salud con la consecuente búsqueda de soluciones accesibles, adecuadas y de calidad.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo General

El objetivo general del proyecto es apoyar y promover acciones de salud comunitaria para el desarrollo local integrado en la Selva Nacional de Tapajós, a partir de estrategias acordes con la realidad de las comunidades tradicionales y capaces de contribuir a la construcción de un modelo demostrativo y replicable para el mejoramiento de las políticas públicas de salud en la región donde se lleva a cabo el proyecto.

Objetivos Específicos

- Promover acciones orientadas al mejoramiento de las condiciones de salud comunitaria mediante la combinación de actividades educativas/preventivas con énfasis en la salud infantil, oral y de la mujer.
- Generar las condiciones físicas básicas para mejorar los niveles de saneamiento básico y acceso al agua potable.
- Capacitar y articular agentes locales, comunitarios de salud y parteras tradicionales para la formación y fortalecimiento de los Consejos Locales Integrados de Salud (CLIS).
- Implementar actividades para apoyar las comunidades en el fortalecimiento de sus organizaciones y promover articulaciones interinstitucionales, con el fin de integrar las acciones de este proyecto a las políticas públicas.

METAS DEL PROYECTO

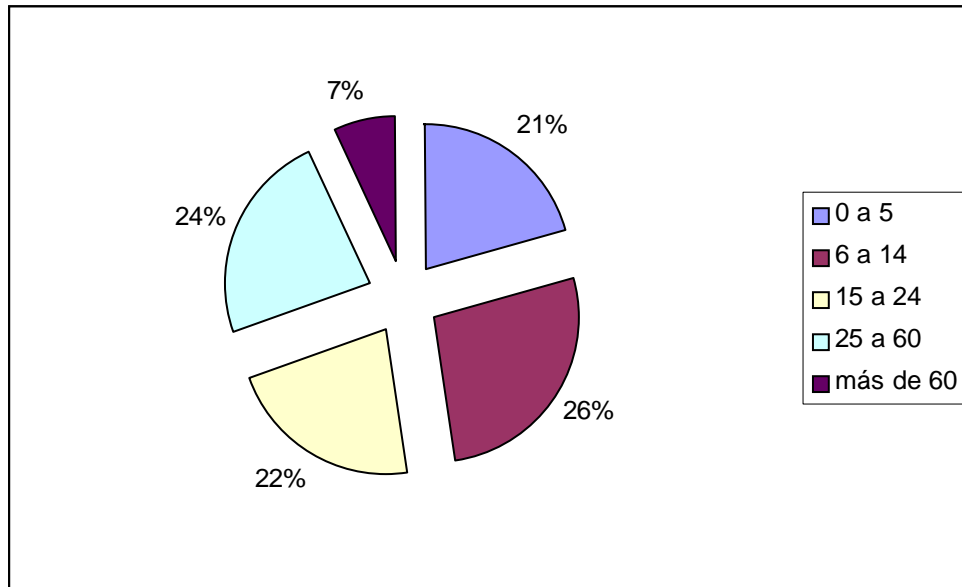
- Disminuir la incidencia de enfermedades diarreicas, la prevalencia de enfermedades dermatológicas, la prevalencia e incidencia de desnutrición y bajo peso en niños y niñas menores de cinco años.
- Aumentar la cobertura de inmunizaciones en menores de cinco años, el número de familias con acceso al agua potable (clorada), agua de pozo, agua de cañería (microsistema de agua) y saneamiento básico (eliminación de excretas).
- Incrementar el número de familias con comunicación continua vía radio aficionado
- Aumentar el número de agentes comunitarios de salud y auxiliares de enfermería capacitados en salud materno-infantil, nutrición, higiene y saneamiento, primeros auxilios y accidentes con animales venenosos, así como el número de parteras entrenadas y capacitadas en salud materno-infantil, nutrición y embarazo, parto y puerperio.
- Consolidar el modelo de salud y el incremento en la calidad de los indicadores.
- Crear y fortalecer las organizaciones comunitarias e instancias representativas de la zona.

COBERTURA DEL PROYECTO

El proyecto atiende a 5.880 personas (5.570 en Belterra y 310 en Aveiro) que habitan en 25 comunidades en los márgenes del Río Tapajós (22 en Belterra y 3 en Aveiro), de los cuales el 100% se encuentra en condición de pobreza. Esta población, que corresponde a 31,8% de la población de Belterra y 2,1% de la población de Aveiro, reside en la zona rural. En Aveiro, el proyecto trabaja con tres comunidades en donde habitan unas 400 personas (cerca de 80 familias), las restantes están en Belterra.

En el gráfico 2, se presenta la distribución, por edad y sexo, de la población que atiende el proyecto.

Gráfico 2. *Distribución de población beneficiaria según edad. Comunidades beneficiarias del Proyecto Salud y Alegría. Noviembre 2004. (n=5880)*



Nota: Edad en años cumplidos.

Como se aprecia en el gráfico 2, más del 60% de la población beneficiaria tiene menos de 25 años de edad. Vale mencionar que a partir de los 15 años, la proporción de mujeres por grupo de edad se eleva casi al 60%. Por lo tanto, no es de extrañar el peso que las acciones del proyecto dan a las actividades de salud infantil y materna.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

El proyecto “Acciones de salud comunitaria en la selva de Nacional de Tapajós” está estructurado sobre una red de sectores (áreas geográficas) organizados por el Proyecto Salud y Alegría (PSA), donde la responsabilidad de cada sector se ajusta a las dinámicas establecidas por acuerdo y según las necesidades resultantes de la intervención permanente en la realidad local.

El PSA lleva a cabo la conducción de este proceso a partir de las evaluaciones y planificación realizadas con las propias comunidades beneficiarias. Mantiene la gestión del proyecto básicamente en la consecución y administración de los recursos necesarios para la ejecución de las acciones y estrategias previstas en el plan de actividades. Este plan es construido en conjunto con los líderes comunitarios, las entidades representativas del grupo de estas comunidades y los responsables de la conducción de políticas públicas para la Selva Nacional de Tapajós.

Es también competencia del PSA la presentación de propuestas para la solución y el desarrollo integrado de estas comunidades tradicionales, atendiendo los principios de

innovación, sustentabilidad, adecuación a la realidad local, las políticas públicas, con fuerte potencial de replicabilidad para situaciones similares.

Para atender estos frentes de trabajo, el proyecto mantiene un equipo de profesionales, algunos contratados y otros voluntarios de las áreas de salud, educación, comunicación social, organización comunitaria y desarrollo de trabajo y generación de ingreso. Este equipo multiprofesional, trabaja de manera programada para satisfacer las exigencias durante las distintas fases del proceso, atender las necesidades que surgen por motivo de la experimentación de modelos de asistencia, debate con el sector público y las comunidades en busca del perfeccionamiento y la apropiación de ellos mismos, especialmente del sector público.

Las iniciativas de salud implementadas a través de los años por “Salud y Alegría” en 16 comunidades piloto permitió la construcción de metodologías y tecnologías sociales participativas, apropiadas y demostrativas de alto impacto, relacionadas con las políticas públicas y posibles de replicar en diversas áreas y contextos. Esta experiencia piloto sirvió de base para expandir con éxito la iniciativa a 31 comunidades y posteriormente a 143 comunidades en donde hoy funciona.

Desde que el proyecto inició sus labores, buscó un modelo de atención primaria en salud adaptado a la realidad local que pudiese ofrecer respuesta a los principales desafíos, uniendo conocimientos técnicos con la sabiduría popular y aprovechando los recursos humanos, materiales y naturales existentes, elemento que es precisamente uno de los aspectos más innovadores de esta iniciativa. Cabe mencionar que en el 2001, cuando el proyecto se logró consolidar, las comunidades tradicionales de la Selva de Tapajós presentaban problemas de salud bastante serios, mientras que las que venían siendo atendidas por el proyecto lograban una franca mejoría en sus condiciones: la tasa de mortalidad infantil era notablemente más baja en aquellas comunidades atendidas por el proyecto (27,03 comparado con 51,83 por mil nacidos vivos en las otras comunidades)^{15/}. Esta diferencia es explicada por las múltiples actividades que se han realizado para beneficiar la zona.

En este sentido, el proyecto se convierte en una propuesta para mejorar las condiciones de vida de las personas, trabajando tres estrategias de salud pública: promoción de la salud, prevención de las enfermedades y atención primaria de salud, las cuales incluyen claros elementos de saneamiento básico y agua potable. Desde este punto de vista, las actividades que se realizan en el campo se pueden catalogar en tres líneas de acción fundamentales:

a) Acciones de educación, prevención y movilización

Es aquí donde el proyecto tiene su génesis. Entre estas actividades está la capacitación de voluntarios como monitores de salud para la atención de las

^{15/} Sousa, José. Diagnóstico Ambiental, Social y Económico en las Áreas de Acción del Proyecto “Salud y Alegría” en los Municipios de Santarém y Belterra, Pará. Agosto 2000

enfermedades más comunes, la orientación a las familias, la notificación y monitoreo de acontecimientos. Posteriormente, estos monitores son contratados por las prefecturas municipales como Agentes Comunitarios de Salud (ACS), lo que a su vez garantiza la permanencia de las personas capacitadas durante la ejecución de las acciones. Es indudable la utilidad de estos Agentes, pero también es claro que las prefecturas no cuentan con los recursos ni financieros ni técnicos para la preparación adecuada de personas. En este sentido, el PSA cumple un rol fundamental al entrar en este campo, ya que satisface las necesidades de los municipios al encargarse de capacitar a personas como ACS que, según lo comentan los representantes del proyecto, por ley deben pertenecer a las comunidades donde trabajan. Realizan así acciones de utilidad para las comunidades, de manera mancomunada con las autoridades locales, las cuales ven fortalecida su capacidad de acción y atención a la población de su localidad.

Así mismo, y debido a que la gran mayoría de las enfermedades son evitables (al acceder al agua potable, saneamiento básico, vacunación, entre otros), se organizan amplias campañas educativas con la población con el fin de mejorar las condiciones de higiene personal, familiar y colectiva. Se incentiva el uso de cloro para el tratamiento del agua de consumo humano, el suero casero para el combate de la deshidratación por enfermedades diarreicas, la formación de cooperativas para la recolección y el tratamiento de la basura y la mejoría de los sanitarios, entre otras acciones. Además, se organizan campañas trimestrales de vacunación, en coordinación con los establecimientos públicos de salud, monitoreando la salud de los niños y niñas menores de cinco años.

En el proceso se formó un grupo de madres y mujeres que trabajan en el área de salud materno-infantil y programas de lucha contra la desnutrición, utilizando plantas nativas de alto valor nutritivo disponibles en sus propias comunidades. En el caso de las escuelas, se capacitaron a profesores para orientar a los niños y niñas en el reciclaje de la basura, focos de contaminación ambiental, higiene oral, entre otros. En este sentido, el sistema público de educación apoya el proceso coordinando las actividades en conjunto con el PSA, para llegar a la población infanto-juvenil de la zona.

Es así un proyecto promovido por una ONG, que trabaja en conjunto con los propios beneficiarios para buscar soluciones apropiadas, pero a la vez fortalece la capacidad de ejecución de las autoridades locales, que ha sido precisamente uno de los principales problemas y retos que ha conllevado la descentralización en la región. Este es un verdadero y claro proceso de capacitación y empoderamiento de la población y la administración pública de la zona.

Para cubrir a toda la población objetivo, el equipo del proyecto se organiza con dos grandes actividades que a su vez sirven de "presentación" para entrar en contacto con los pobladores. Es así como se destaca el Gran Circo Mocarongo que constituye un instrumento de gran utilidad para la relación entre el equipo técnico y las comunidades. En esta modalidad, se utiliza la alegría como fuerza motora para tratar los temas relevantes. Durante las visitas, los principales problemas de salud que enfrentan, así como las alternativas de solución, son trabajados por el equipo en conjunto con los

pobladores a través de puestas en escena (teatro), juegos, música, danza y poesías educativas. De esta forma, el circo facilita el proceso de diálogo para la definición de los problemas y las alternativas de solución y a la vez apoya el proceso de aprendizaje y asimilación de los contenidos que se desean entregar.

Por otro lado, se encuentra la Red Macoronga que consta de una radio local, noticias impresas y programas de televisión. Tomando en consideración que más del 40% de la población tiene entre los 6 y 24 años de edad, grupos de jóvenes son capacitados como reporteros rurales (agentes multiplicadores) constituyéndose así en sucursales locales para la producción y difusión de materiales educativos, promoviendo la comunicación intra e intercomunitaria.

Vale mencionar que la selección del nombre del circo y la red es emblemática del esfuerzo para buscar una identidad en conjunto con las comunidades de la región. En prácticamente todo el Brasil, la palabra “macorongo” es usada como un término peyorativo, sea para referirse a una persona u objeto. En la región donde se ejecuta el proyecto, el término se relaciona con los nativos de Santarém. Según testimonio de los participantes del proyecto, la elección del nombre del circo y de la red fue, precisamente, para contraponerse al carácter peyorativo que el término había asumido y, con esto, reafirmar la identidad de la población local.

Así mismo, se han trabajado algunas otras metodologías con el fin de causar un mayor impacto movilizador en las comunidades. Una de ellas fue el Premio “Niños y niñas con salud y alegría” que reconoce a las comunidades que mejor desarrollan actividades de promoción de la salud. Además, se efectúan las Olimpiadas “Tres Ríos” de Salud y Alegría que tuvo como tema central, en su última edición, la prevención del VIH/SIDA. En esta actividad se aborda el tema principal a través de la generación de modalidades deportivas, como elemento motivacional, (fútbol, arco y flecha, etc.) y también las educativas (música, poesía, teatro, etc.).

b) Acceso a agua de calidad

El Río Tapajós, fuente principal de agua para las comunidades de esta zona, presenta serios problemas de contaminación debido fundamentalmente a la carga biológica que proviene de la propia selva. Hace varios años, el Proyecto Salud y Alegría ha puesto un gran esfuerzo para garantizar a las poblaciones del área de la selva acceso a agua de mejor calidad. En este tema, el principal objetivo es brindar apoyo técnico y financiero para la implementación de sistemas simplificados de abastecimiento de agua potable en las comunidades, siempre contando con la participación y la mano de obra voluntaria de los beneficiarios.

El sistema para abastecer de agua potable a las comunidades es simple y de fácil ejecución. Consiste en la producción y distribución de hipoclorito de sodio a partir de la electrólisis (agua y sal de cocina) con uso de energía solar. (Para mayores detalles consultar a CEAPS: psa@saudeealegria.org.br)

El hipoclorito de sodio es producido y distribuido a la comunidad y a cada hogar por los agentes comunitarios. Estos agentes comunitarios son pagados por los municipios. Por otro lado, los comités de la comunidad han asumido la gestión y mantenimiento de la infraestructura, especialmente en lo que se refiere al abastecimiento del agua. En este sentido, estos comités se hacen responsables de implementar y mantener infraestructuras de saneamiento como pozos semiartesanales, piedras sanitarias, filtros de agua y micro-sistemas de abastecimiento de agua potable.

Esta labor comunitaria logra reducir la dependencia con el sector público, pero además son capaces de solucionar oportunamente los problemas de infraestructura, lo que disminuye los tiempos de reparación de estos equipos y por lo tanto los períodos con falta de agua. Esta gestión comunitaria, en labor conjunta con los agentes comunitarios de salud, hace que el sistema se convierta en autosuficiente, lo cual es un valor muy importante tanto para la comunidad como para el municipio.

El acceso sostenible al agua potable y saneamiento básico es la meta número 10 de los objetivos de desarrollo del milenio. No obstante, aún cuando se ha avanzado de manera significativa y es plausible pensar que prácticamente todos los países de la región lo lograrán, a nivel rural en el 2002, todavía un 31% de las personas en el promedio de Latinoamérica y el Caribe, no tienen acceso a estos dos servicios. Para el caso de Brasil este porcentaje es levemente superior al 40%^{16/}. De acuerdo con las estimaciones del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), los países que deberían hacer mayores esfuerzos para cumplir esta meta son Nicaragua, Haití, Santa Lucía, Bolivia y Guatemala.

El modelo desarrollado por este proyecto es simple, adecuado y viable y permite asegurar el acceso a agua potable a poblaciones alejadas, así como a mejorar significativamente las condiciones sanitarias de la zona. Es un modelo innovador en el conjunto de acciones que realiza y fácilmente replicable en condiciones que son muy similares, siendo un sistema que sería de enorme relevancia en varios países de América Latina y el Caribe.

c) Atención en salud

En este ámbito, el personal del proyecto realiza actividades específicas, principalmente cuando hay casos que son referidos por los centros de salud y hospitales de la red pública, bien sea del municipio de Belterra o de la ciudad de Santarém, dependiendo del nivel de complejidad.

Por otro lado, el proyecto brinda atención odontológica, durante los viajes, y los profesionales de la salud hacen pequeñas intervenciones siempre que los casos identificados no sean graves y que puedan ser solucionados en el momento. En caso contrario, existe desde abril del 2005 una “ambulancha”, que corresponde a un

^{16/} CEPAL, OIT, FAO, UNESCO, OPS, PNUD, PNUMA, UNICEF, UNFPA, PMA, UN-Habitat, UNIFEM. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Agosto 2005

pequeño barco con motor de popa, que retira las personas en riesgo vital de las comunidades del Río Tapajós y Arapiuns y los traslada a centros asistenciales donde pueden recibir una atención acorde a sus requerimientos. Los casos más comunes que son atendidos por este transporte fluvial son las picaduras de cobra, trabajos de parto y partos y accidentes de trabajo.^{17/}

Actualmente, y gracias a que ya existe un sistema de comunicación desarrollado por PSA, vía radio-aficionado^{18/}, entre las comunidades y la sede de PSA y el hospital municipal, se hace efectiva la notificación de situaciones de emergencia, casos que son juzgados por los agentes de salud formados por el mismo proyecto. Antes, muchas personas morían por falta de atención alternativa y oportuna. Otro punto interesante son las acciones que realizan con los productores rurales con quienes se trabajó para aumentar la oferta de alimentos mediante la racionalización de las labores.

La participación de los beneficiarios, en este tema, se inicia con el análisis para la priorización de los problemas de salud. En las etapas posteriores, participan activamente durante las campañas educativas realizadas en la comunidad, cuando se trabajan los aspectos interactivos y complementarios del conocimiento técnico con el local. Las comunidades son visualizadas como protagonistas en el proceso de toma de decisiones lo que en consecuencia va creando instancias en donde se potencia esta participación, aportando un legado importante en la construcción de una ciudadanía con deberes y derechos.

Existe además, la Comisión Local Integrada de Salud (CLIS) que es una entidad organizada en donde se concretan formas para asegurar la ejecución de las actividades en la comunidad y a su vez atienden la evolución de sus condiciones de salud. Normalmente esta comisión está compuesta por personas de la comunidad y también por una persona "rezadeira" (persona que utiliza la oración para el proceso de curación), una "mateira" (persona que usa las plantas medicinales), un "puxador" (persona que sabe tratar el sistema músculo-esquelético) y una partera tradicional. Constituye una forma particular de organización de las comunidades tradicionales de la Amazonía brasileña en donde se aprovecha la posición social consagrada de personas tradicionalmente preparadas para el cuidado de la salud.

Por su parte, las asociaciones comunitarias e intercomunitarias representan un espacio de participación efectiva para la población de la zona, constituyéndose en una oportunidad de intercambio entre las comunidades de otras áreas donde se desarrollan actividades similares y también se multiplican y rediseñan contenidos del proyecto que involucran la geografía a la hora de ejecutar las actividades.

^{17/} Red Macoronga de Comunicación Popular. Periódico Intercomunitario del Proyecto Salud y Alegría. Enero a Junio de 2005, No. 27 Año XVIII.

^{18/} Recordemos que esta es una de las metas del proyecto y que es precisamente esta solicitud de atención la que se beneficia de la mejora en las comunicaciones.

En estos espacios de interacción comunitaria, la salud es tratada como tema prioritario, por la misma naturaleza de la sociedad local, de modo que las acciones del proyecto asumen carácter transversal y la cooperación surge espontáneamente. De esta forma, todas las actividades que se realizan son culturalmente aceptadas, analizadas e incorporadas en su cotidianeidad, lo cual asegura su permanencia en el tiempo.

En general, las metodologías lúdicas de educación y movilización para la participación de las comunidades que, asociado a las innovaciones en equipos que mejoran las condiciones sanitarias y los principios de la atención primaria de salud, resultan en la consolidación de un proceso de gestión comunitaria en salud. Estas estrategias y tecnologías sociales participativas son apropiadas para la realidad local en donde se ejecuta el proyecto, además tienen la virtud de tener alto impacto en la población beneficiaria, así como contar con monitoreo continuo tanto del equipo técnico como de los miembros de los consejos comunitarios creados.

FINANCIAMIENTO Y COSTOS DEL PROYECTO

El Proyecto Salud y Alegría se financia a través de diferentes organizaciones, tanto nacionales como internacionales (ver Cuadro 3), sin depender del presupuesto de los gobiernos locales y estatales, aún cuando como se ha explicado, trabaja en directo contacto con las autoridades locales y en beneficio del aumento de la capacidad de ejecución que estas tienen. Dentro de las fuentes de financiamiento se destaca por una parte una ONG internacional y el banco de desarrollo nacional, de enorme importancia en el país, el BNDES. Así mismo, aprovecha el trabajo voluntario de los propios beneficiarios habitantes de la zona, lo cual representa un importante aporte en especie y demuestra el profundo compromiso de las personas con el proyecto. Las labores realizadas por estos voluntarios dependen del tipo de actividad que se ejecuta en cada momento. Entre ellas está la distribución de material durante las campañas educativas y preventivas y de los sistemas para la producción de hipoclorito de sodio, la participación en los comités comunitarios como el CLIS y las actividades de los jóvenes como reporteros rurales, entre otros. Vale destacar que estas son actividades que los beneficiarios realizan además de las productivas tales como la pesca, la caza, la agricultura o la extracción. Además, el proyecto cuenta con el trabajo de estudiantes universitarios que donan su tiempo durante el período de vacaciones.

Cuadro 3
Fuentes de financiamiento para el año 2004.
Proyecto "Salud y Alegría"
(en R\$)

Fuente	Monto de financiamiento		Total	Periodicidad del financiamiento	Compromisos para 2005
	Gasto Corriente	Inversión			
Fundación Ford	187.712,70	-	187.712,70	Anual	181.837
Terre Des Hommes	344.405,50	225.000,00	569.405,50	Anual	1.146.663,00*
PROMANEJO	135.151,89	-	135.151,89	Anual	196.611,00
BNDES	-	432.323,67	432.323,67	Anual	748.328
Municipio de Aveiro y Belterra	29.250		29.250	Anual ^{19/}	35.100
Total	696.520,09	657.323,67	1.353.843,76		2.308.539,00

*De acuerdo con los registros analizados, parte significativa de los recursos provenientes de cooperación con la organización holandesa Terre Des Hommes serán destinados a la construcción de una "ambulancha", un barco de alta velocidad para el traslado de personas que requieren asistencia médica y para las atenciones de urgencia y emergencia en las comunidades a lo largo del río.

Para el año 2004, el Proyecto Salud y Alegría tuvo costos totales de operación de R\$1.354.000, correspondiente a US\$467 mil por el tipo de cambio local de la época, de los cuales 7% son costos administrativos. Con estos recursos se atendieron 25 comunidades, es decir aproximadamente R\$54 mil (US\$18,7 mil) al año por comunidad. Desagregando los costos por actividad, a fin de poder hacer las comparaciones que permiten evaluar su nivel relativo, tenemos que el costo por persona para atención en salud es de R\$118 (US\$ 40,8)^{20/}. Este monto es definitivamente superior al que transfiere el Ministerio de Salud por persona atendida a cada municipio para asistencia básica, el cual según la regularización que se llevó a cabo en 1997, fue de R\$ 27,50 por habitante/año, sumando R\$ 442.000 en 2004. Este monto está destinado a cubrir gastos fijos (R\$13,00 hab/año) y gastos variables (R\$16,50 hab/año), e incluyen los aportes de los municipios de Belterra y Aveiro para el pago a los agentes comunitarios de salud.

Por su parte, la inversión en la estructura de los mini sistemas de abastecimiento de agua, es de cerca de R\$ 33 mil (US\$ 13,8 mil) para cada una de las comunidades atendidas. Estas son comunidades que albergan en promedio 32 hogares, con lo cual el valor por unidad domiciliar es de R\$1.034 (US\$440). Según los datos del Fondo Nacional de Salud, organismo del gobierno federal responsable del establecimiento de los sistemas de abastecimiento y saneamiento en municipios con población inferior a 30.000 habitantes con población en conglomerados semiurbanos, es posible realizar la

^{19/} Pago a los agentes comunitarios de salud por parte de las autoridades municipales de Aveiro y Belterra.

^{20/} Resultado del gasto corriente (R\$696.520,09) dividido por la población (5880 personas), considerando el tipo de cambio en ese momento.

construcción y mantenimiento de mejoras de tipo individual, a un costo promedio de R\$600 (US\$255) por domicilio. Por lo tanto, no es de extrañar la diferencia en costos dado que siempre es más costoso atender poblaciones dispersas.

Los gastos de capacitación, seminarios y otros entrenamientos a los agentes de salud son de R\$ 931 (aproximadamente US\$ 410) por cada beneficiario, valor que al igual que los anteriores, es superior al de la capacitación en poblaciones de mayor tamaño y mejores condiciones de acceso. Es necesario recordar que este proyecto se adelanta en la Selva Nacional de Tapajos, con comunidades y viviendas muy dispersas y prácticamente incomunicadas. La zona no cuenta con vías de acceso por tierra, por lo tanto, para llegar al lugar es indispensable utilizar transporte fluvial. Igualmente dentro de la zona específica en la que se desarrollan las actividades, todos los desplazamientos son en lancha por el río. Este medio de transporte encarece significativamente los costos de atención, en especial por el valor del combustible. Los expertos deben permanecer en la zona por períodos relativamente largos, durante los cuales requieren de viáticos. Todos los anteriores, son costos que no están presentes en lugares urbanos e incluso en rurales de más fácil acceso. Sin embargo, son costos en los cuales es indispensable incurrir si se quiere cumplir con los compromisos de brindar atención en salud a toda la población independiente de su nivel de aislamiento. (Ver costo desagregado por actividad en el Cuadro 3)

El Piso Asistencial Básico (PAB)^{21/}, fijado por el Ministerio de Salud, que ya de hecho es inferior al costo promedio per cápita de la atención básica en salud, y obviamente muy inferior al que se incurre en la atención de la salud en la Selva Nacional de Tapajos, supone que la prefectura dispone de infraestructura para la prestación del servicio. Así mismo, el financiamiento del Sistema Único de Salud (SUS) es tripartito, con lo cual al PAB se suman los aportes de los gobiernos estatales y municipales.

En el caso de la atención en salud que presta el proyecto Salud y Alegría, no sólo requiere de equipos y materiales sino que además debe montar toda su infraestructura para la atención, la cual incluye la lancha ambulancia, lanchas para desplazamiento de los expertos, los voluntarios y el personal que adquiere las capacitaciones, todo lo cual implica un incremento significativo en los costos generales de la atención en salud. Pero definitivamente son estos costos extras que deben ser asumidos. De otra forma las poblaciones ribereñas de la Selva Nacional de Tapajos no tendrían acceso a la salud y el abastecimiento de agua potable. Es entonces una experiencia costosa por las características de la zona en donde se lleva a cabo y no por ineficiencia en su ejecución.

^{21/} Recursos asignados a cada municipio y que son transferidos por el Fondo Nacional de Salud. El monto depende del número de habitantes del municipio.

Cuadro 4
Costo y unidades producidas por el proyecto según actividad realizada.
Proyecto "Salud y Alegría", 2004
(en R\$)

Actividad	Costo total	Unidades producidas	Costo unitario/Año
Personas con atención en salud	351.948,90	4680	195,28
Comunidades con sistemas de agua	597.446,34	18*	33.191,46
Personas capacitadas	300.631,65	892**	931,67
Comunidades atendidas en 2004	1.324.593,76	25	52.983,92
Gastos administrativos	74.556,67	-	7,12%***

* Número estimado de comunidades atendidas en el año 2004, actualmente todas las 25 comunidades ya tienen sistemas de abastecimiento que fueron implantados a lo largo de los últimos 3 años.

** Esos valores comprenden: 70 agentes comunitarios de salud; 74 parteras tradicionales; 144 miembros del CLIS; 36 profesores de enseñanza básica; 320 jóvenes de la Red Moceronga; 8 asistentes de los puestos de salud; 20 miembros de consejos intercomunitarios; además de 220 líderes comunitarias y delegados para el Consejo Municipal de Salud.

*** Representa el 7,12% del costo total.

ASPECTOS INNOVADORES Y REPLICABLES

Para el Proyecto Salud y Alegría, la salud y la alegría son aspectos fundamentales. De esta forma, la salud es su principal directriz y se entiende como aquella búsqueda de relaciones armónicas del ser humano consigo mismo, sus semejantes y el medio ambiente. Por otro lado, el proyecto nació y se consolidó a partir de la noción de que la "alegría" puede funcionar como herramienta para transmitir y generar ambientes en donde se promueve la salud y se previene la enfermedad. Por lo tanto, la salud y la alegría se convierten en un desafío colectivo, relacionado a todos los sectores de la vida comunitaria pero también en una responsabilidad de cada persona. Estos aspectos fortalecen la movilización social gracias a que la comunidad se considera actor protagonista en el proceso de toma de decisiones, además que mejora el autoestima del conjunto de pobladores.

Estos elementos están contemplados en lo que se conoce como la estrategia de promoción de la salud que implica conceptualizar de manera distinta a la salud (más allá de la ausencia de enfermedad) y la construcción de agendas político-sociales, actuando con redes sociales que promuevan la calidad de vida y consideren las diversidades territoriales, históricas y culturales.^{22/} En este sentido, el concepto de salud que utiliza el proyecto establece una construcción social de la salud en donde no

^{22/} Muñoz F., Salinas J. Promoción de Salud como Política de Estado. En: Bases, Prioridades y Desafíos de la Promoción de la Salud. INTA, Chile, 2004.

sólo interviene el sistema dando atención sino más bien establece una co-responsabilidad entre el sistema de salud y las personas. La persona cobra fuerza como promotor de su propia salud y establece, entre otras, el autocuidado como algo central en la consecución de una vida saludable.

El proyecto innova en la medida que proporciona una solución sencilla y viable que permite sortear los obstáculos que enfrentan los programas descentralizados de salud en zonas y regiones muy apartadas de la geografía de nuestra región y hace posible el acceso de los habitantes a un establecimiento de salud para que reciban atención oportuna y de calidad. Para cumplir con esto, usan medios creativos para llegar a las personas, como el circo, los periódicos rurales y los videos, generados por jóvenes de la misma comunidad. Es igualmente innovador el modelo de la “ambulancha” que se convierte en un medio de transporte para aquellos casos que presentan situaciones graves en su salud y que requieren de atención que no se puede prestar en la zona. De hecho esta innovación ha permitido salvar la vida de personas que antes simplemente morían por no tener atención de calidad oportuna.

Así mismo, el sistema implementado por el grupo técnico del proyecto para abastecer de agua potable a las comunidades es muy innovador. Su principal fortaleza es ser un sistema autosuficiente en donde la comunidad trabaja en conjunto con los agentes comunitarios de salud y evita la dependencia absoluta con el sistema público. Cumple con muchos requisitos indispensables para asegurar el abastecimiento de agua potable en regiones en donde no es posible, por los costos, crear acueductos veredales: es simple, adecuado y viable en las condiciones específicas de estas poblaciones. Utiliza elementos fáciles de manipular y lo convierte en una herramienta fundamental para proveer a las personas de agua potable a un bajo costo y con un alto impacto en la población beneficiaria por los efectos positivos en la salud. El equipo que “potabiliza” el agua, es de sencilla manipulación y utiliza energía solar, y el “químico” es la sal de uso doméstico, presente siempre en cualquier hogar.

Otro elemento central en este proyecto es el desarrollar acciones novedosas concebidas a partir del referencial de política pública de salud. Dicho de otro modo, y según afirmaciones hechas por el coordinador del proyecto, uno de los aspectos fundamentales a la hora de decidir sobre las acciones que se quieren implementar es: “¿será que los costos de operación de esta actividad desarrollada por el PSA son compatibles con los límites de financiamiento y con la capacidad gerencial del Sistema Único de Salud (SUS)?”. La formulación de esta interrogante ha sido adoptada como premisa para la construcción de estrategias de intervención del proyecto, en donde el equipo de PSA posibilita una mayor integración con las políticas públicas de salud, complementando y reforzando el sistema municipal y el propio SUS.

De esta manera, el proyecto ha logrado articularse con la política pública de salud en una región donde hay difícil acceso a las redes asistenciales. Así mismo, y tomando en cuenta las dificultades geográficas, ha permitido solucionar grandes problemas de saneamiento básico, disminuir los índices de morbimortalidad entre los pobladores y ha generado un ambiente de participación y movilización social lo cual hace que el

proyecto, más allá de permanecer estático, crezca y se consolide con el apoyo de la misma comunidad.

El proyecto trabaja de manera mancomunada con el sector público, capacitando a los técnicos funcionarios del sistema público de salud y apoyando las labores adelantadas por éste. Si bien no recibe aportes de las prefecturas para sus actividades, establece claros lazos de trabajo conjuntos en temas de capacitación y remisión de pacientes. No compite con el sector público, trabaja de la mano con éste apoyándolo en zonas en el cumplimiento de atención de salud y abastecimiento de agua potable en donde el Estado no tiene capacidad de llegar con los modelos imperantes. Desarrolla así, un modelo que bien podría ser replicado por las autoridades municipales de salud en zonas de similares características geográficas.

El equipo que se encuentra a cargo del proyecto ha logrado solidez en sus actuaciones para beneficiar a dos municipios que son relativamente distintos pero que a nivel local se parecen por las necesidades que presentan. En este sentido, es coherente con la propuesta del Ministerio de Salud de Brasil que desea, entre otras cosas, construir una política pública fundamentada en las necesidades reales de la población^{23/}.

Es por esto que la labor, en el área de salud comunitaria, que ha hecho el proyecto Salud y Alegría es meritoria ya que corresponde a una construcción de soluciones adaptadas y coherentes con la realidad local que pueden servir de referencia para la implementación de políticas públicas y garantizar a las comunidades ribereñas el derecho a la salud. Además, permite el acceso a infraestructura de salud en la región Norte de Brasil y el mantenimiento de ésta, una vez implementada. Es un modelo que podría ser replicado en muchas áreas de la geografía de la región, por ejemplo en el conjunto de países amazónicos con características geográficas y de dispersión de la población muy similares.

Enfrenta así algunos de los grandes desafíos de los programas gubernamentales, claramente definidos además en las Metas de Desarrollo del Milenio, como son la universalización de la salud y el abastecimiento de agua potable a toda la población. Igualmente atiende los principales problemas de atención sanitaria que destacan las autoridades de los países de la región, entre los cuales están los temas referentes a la precariedad institucional de la salud pública y a la falta de equidad y eficiencia de los sistemas de salud.^{24/} Es un ejemplo que demuestra que es posible mejorar la institucionalidad de la salud pública e incrementar su equidad y eficiencia mediante una organización sencilla y directa que aprovecha los recursos de la zona y sobretodo considera la opinión de los mismos pobladores quienes son los que mejor conocen y pueden identificar sus fortalezas y debilidades. De esta forma, el derecho a la salud se convierte para los pobladores en derecho ineludible, indistintamente de raza, zona geográfica y nivel socioeconómico.

^{23/} Brasil. Ministerio de Salud. Secretaria Ejecutiva, Departamento de Apoyo y Descentralización. Plan de Calificación de Atención a la Salud del Amazonas Brasileño: Plan Salud Amazonía. Brasil: Ministerio de Salud, 2006.

^{24/} CEPAL. Panorama Social de América Latina 2005

Para mayor información:

- Centro de Estudios Avanzados de Promoción Social y Ambiental (CEAPS)/Proyecto “Salud y Alegría”
www.saudeealegria.org.br
- Caetano Scannavino Filho
Vice-Coordinador General de CEAPS/Proyecto “Salud y Alegría”
caetano@saudeealegria.org.br
- Rui Anastasio
Coordinador Núcleo de Salud de CEAPS/Proyecto “Salud y Alegría”
rui@saudeealegria.org.br

Otros enlaces de interés:

Foro virtual: Una experiencia concreta de atención en salud comunitaria en la amazonía:
El proyecto Acciones de salud comunitaria en la floresta nacional de Tapajos
en la amazonía brasilera
http://stnt01.eclac.cl/wbe/default.asp?boardid=innovacion_salud_brasil&style=WebBoard