



**XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017**

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

TÍTULO:

“MANUEL NUÑEZ BUTRÓN: “RUNA SONCCO”Y LA SALUD PÚBLICA EN EL PERÚ”

DRA. MARÍA DEL PILAR LOURDES GUILLÉN NÚÑEZ

SOCIOLOGA

mpilarguillenn@gmail.com

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA

AREQUIPA – PERÚ



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

RESUMEN – PRESENTADA PARA EL CONGRESO ALAS 2017

En el Perú, el periodo histórico 1900 - 1950, fue el escenario de una fructífera labor en el campo de la medicina social, en sectores poblacionales marginados de todo tipo de acción social, destinada a superar su pobreza estructural y crónica y una insuficiente atención primaria de salud y educación. Si bien nuestro país tiene marcadas diferencias geográficas, de pisos ecológicos y una gran biodiversidad natural y cultural, es en el campo social, donde las desigualdades económicas, las diferencias étnicas y culturales son más notorias y diferentes. El altiplano sur andino que comprende el departamento de Puno, principalmente, es el escenario donde se desenvuelve la prédica de este médico cuya labor es actualmente reconocida, nacional e internacionalmente, por sus indudables aportes al tratamiento de estas poblaciones en materia de salud, es decir respecto a la atención primaria y al tratamiento cultural de las enfermedades, aprovechando las enseñanzas de sus propias costumbres y las derivadas del tratamiento moderno de la prevención de las enfermedades. Y es que la discriminación económica impacta diferencialmente a la población, según sea su ubicación geográfica, sexo, grupo étnico, etc. ya que los servicios sociales y los de salud son insuficientes, limitados, escasos y de nulo tratamiento preventivo. Para este periodo de tiempo, la acción del Estado define su carácter de clase, al privilegiar las regiones y poblaciones que disponen de cercanía geográfica o de un tipo de presión que obliga al Estado a asumir sus responsabilidades sociales, manteniendo sus estructuras de poder, las mismas que se establecen en sus políticas sociales y, específicamente en su política de salud. La dimensión nacional de estas políticas, no reconoce tampoco las diferencias culturales de las poblaciones que habitaban las comunidades campesinas, parcialidades y haciendas serranas y “servicios públicos de salud” de muy poco impacto en el tratamiento de la problemática de la salud pública. Nuestra investigación se orienta a describir, analizar y explicar la enorme importancia pasada y actual de la prédica y acción del “Rijcharismo”, promovido e impulsado en un contexto de agitación social, de marginalidad económica y de discriminación étnica, así como la pedagogía de un tratamiento sociocultural, que devolvía a sus usuarios a sus racionales formas de tratamiento de salud y educación. Nuestra hipótesis de investigación, precisa que la comprensión de los aportes de Manuel Núñez Butrón a la medicación preventiva y a la medicina social, pueden explicarse y reconocer su vigencia y actualidad, en la medida que se planteen previamente las condiciones histórico-sociales, los factores externos y personales propios de su formación médica y de sus orígenes sociales, las experiencias de trabajo médico de campo y sobre todo, la acción práctica de poner en ejercicio su concepción profesional de la atención primaria de salud en poblaciones empobrecidas. La metodología de investigación ha incluido principalmente la revisión bibliográfica, documental y el archivo familiar, conservado por sus descendientes y de la que siendo parte de los mismos, he procurado transcribir fielmente, respetando las ideas y el espíritu multifacético que desarrolló como obra dedicada a los suyos.



XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

RESUMEN COMPLETO DE LA INVESTIGACION

Objetivos: Sistematizar y discutir la percepción oficial y actual de la obra de Manuel Núñez Butrón, sustentar su identidad cultural y sanitaria, así como la percepción social que se tuvo de él y las estrategias interculturales que usó. **Método:** Análisis crítico de las publicaciones oficiales de salud, colegios profesionales, organismos internacionales, libros, investigaciones, fuentes documentarias familiares y otros.

Resultados: Sobre Manuel Núñez Butrón se tuvo al inicio una percepción sentimental por su apostolado sanitario en comunidades postergadas. A fines del siglo XX se lo empieza a distinguir como pionero de la Medicina Social, la Medicina Rural y de la Atención Primaria de la Salud. Se destaca sus acciones por la higiene, la participación comunitaria y la educación sanitaria. Sus coincidencias con las estrategias de la Atención Primaria de la Salud son muy parciales y básicas, por lo tanto, sería una reducción considerarlo sólo precursor de la Atención Primaria de la Salud. La principal visión de Manuel Núñez Butrón es el despertar del indio de su postergación social y moral. La población lo percibe como un inca sabio que lo liderará hacia su reivindicación. Manuel Núñez Butrón genera un proceso social sanitario de movilización de la población que crea temor en los sectores de poder terrateniente. Manuel Núñez Butrón tuvo explícitamente una identidad cultural indígena y peruana. Las acciones educativas y sanitarias que emprendió entraban en conflicto con las concepciones tradicionales de la población y por ello tuvo una estrategia paternalista de un sincretismo pragmático superficial y lábil. Manuel Núñez Butrón ha sido identificado como parte del movimiento de Medicina Social, pero coincidiría sólo en su versión higienista que pone énfasis en la conducta particular de las personas y no en la macro política desde el Estado; pero Manuel Núñez Butrón sí sería un auténtico precursor de la Medicina Comunitaria por su trabajo directo con la población.

Conclusiones: Manuel Núñez Butrón fue más que un precursor de la Atención Primaria de la Salud, tuvo una identidad andina peruana y fue percibido como un inca, sus acciones fueron paternalistas y de Medicina Comunitaria.

Palabras clave: Manuel Núñez Butrón, Atención Primaria de la Salud, Higiene, Prevención sanitaria, Interculturalidad, Medicina Social, Indio.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

ABSTRACT

SUMMARY

Objectives: Systematize and discuss the official and current perception of the work of Manuel Núñez Butrón, sustain their cultural and health identity and the social perception people had of him and intercultural strategies he used. **Method:** Critical analysis of the publications of health, professional associations, international organizations, books, researches, family and other documentary sources. **Results:** About Manuel Núñez Butrón, at the beginning there was a sentimental perception by its health ministry in neglected communities. In the late twentieth century it begins to distinguish as a pioneer of Social Medicine and Rural and Primary Health Care. Its shares for hygiene, community participation and health education are emphasized. Its matches with Primary Health Care strategies are very partial and basic, therefore, would be a reduction to consider it as a precursor of Primary Health Care. The main vision of Manuel Núñez Butrón is the awakening of the Indian social and moral postponement. People perceive him as a wise Inca that will lead them to his claim. Manuel Núñez Butrón generates a health social mobilization process of the population that creates fear in the areas of landlord power. Manuel Núñez Butrón explicitly had an Indian and Peruvian cultural identity. Educational and health actions undertaken conflicted with traditional conceptions of the population and thus had a paternalistic strategy leaving a superficial and pragmatic syncretism. Manuel Núñez Butrón has been identified as part of the movement of Social Medicine, but its hygienist version that emphasizes the particular behavior of individuals and not in the macro policy from the State; but Manuel Núñez Butrón itself would be a forerunner of Community Medicine for their direct work with the population. **Conclusions:** Manuel Núñez Butrón was more than a precursor of the Primary Health Care, it had a Peruvian Andean identity and came across as an Inca, and his actions were paternalistic and related to Community Medicine.

Keywords: Manuel Núñez Butrón, Primary Health Care, Hygiene, health prevention, Interculturalism, Social Medicine, Indian.



**XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017**

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

Palabras clave

RIJCHARI - RUNA SONCCO – SALUD

DESPETAR – CORAZON DE INDIO - SALUD

Palabras clave: Manuel Núñez Butrón, Atención Primaria de la Salud, Higiene, Prevención sanitaria, Interculturalidad, Medicina Social, Indio.

Keywords

Palabras clave: Manuel Núñez Butrón, Atención Primaria de la Salud, Higiene, Prevención sanitaria, Interculturalidad, Medicina Social, Indio.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

A. JUSTIFICACIÓN

“No había escuchado antes de Manuel Núñez Butrón (MNB)” fue la expresión de una estudiante de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa (UNSA) en un seminario sobre la obra de Manuel Núñez Butrón (MNB) (Arequipa, mayo 2015). Pero hace 31 años, la XVII promoción de estudiantes de la misma Facultad, tomó el nombre de este personaje para identificar sus opciones profesionales e incluso publicaron una biografía escrita por el Dr. David Frisancho Pinedaⁱ. (Anexo 1) ¿Cómo es posible que con el transcurso de los años, entre los estudiantes se pierda la memoria de este personaje, al que se lo menciona como precursor o héroe mundial de la Atención Primaria de la Salud (APS)?

Recientemente, el 16 de agosto del presente año, el Consejo Nacional del Colegio Médico del Perú en pleno, presidido por el Dr. César Palomino, llevaron a cabo una romería y homenaje a Manuel Núñez Butrón (MNB) en el cementerio de Cayma, Arequipa, donde los discursos estuvieron pletóricos de admiración y ponderación hacia este personaje, del cual, reiteraron que se destaca por su condición de precursor de la Atención Primaria de la Salud (APS) reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS). (Anexo 2)

Sobre Manuel Núñez Butrón (MNB) hubo mayor interés cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS), en Alma Alta, Rusia en 1978, lo reconoce como “Pionero de la Atención Primaria en el Mundo”, así como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud (MINSA) lo declaran “Héroe de la Salud Pública del Perú”ⁱⁱ. Se destaca sus enseñanzas y movilización social para la higiene, principios centrales en la estrategia de Atención Primaria de la Saludⁱⁱⁱ. Este es el concepto más importante y difundido que sintetiza la obra de Manuel Núñez Butrón.

También se lo reconoce como padre de la Medicina Social del Perú, de la Medicina de Puno y pionero Medicina Rural^{iv}. El Hospital de Puno lleva su nombre y un busto dan testimonio de su valoración. Pero no hemos encontrado específicamente la sustentación de su identificación con la Medicina Social, movimiento sanitarista del siglo XIX desarrollado en Europa, bajo el liderazgo de Salomón Neumann y Rudolf Virchow^v.

Debemos reconocer que antes del año 1982, la difusión de la obra de Manuel Núñez Butrón (MNB) no era desde los máximos organismos oficiales ni en los espacios académicos, sino de amigos y seguidores que lo habían conocido directamente, como son los médicos David Frisancho Pineda y Rogelio Bermejo Ortega.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

El afecto y admiración eran comunes llegando a expresiones grandilocuentes como; “... el médico de los humildes resplandece y adquiere aureola sobrehumana. Nuevo Cristo va por montes y laderas, en afán, catequista, y con eco extraño resuena en la altipampa su verbo salvador...”, “fue su estructura moral, la sensibilidad tan fina que le permitió recoger esas ondas invisibles que emite el hombre, en las diversas expresiones de su vida. Hombre que amó a la Naturaleza en su magnificencia afinó su sensibilidad, de tal manera que pudo captar, cual moderno detector, el nuevo espíritu de su raza, que es elevación y mayor dignidad humana”^{vi}.

Incluso, meses antes de la famosa Conferencia de Alma Ata de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1978) cuando el Dr. David Tejada de Rivero, sub director en ese entonces de la Organización Mundial de la Salud (OMS), visitó el Perú y pretendió conocer el trabajo en Puno del Dr. Carlos Cornejo Roselló, otro seguidor de Manuel Núñez Butrón (MNB), le dijeron los funcionarios del Ministerio de Salud (MINSA) en Lima: “que eso no valía la pena pues, se trataba de un médico loco que estaba haciendo cosas extrañas totalmente ajenas a la salud”^{vii}.

El desarrollo actual de la Medicina moderna, ultrabiologista, hipertecnificada, centrada en la recuperación y la acción hospitalaria especializada, posterga la prevención, la Medicina como servicio y la acción colectiva por la salud. Este proceso actual, podría dejar a Manuel Núñez Butrón como un elogioso pasado, retratado en épicos relatos sentimentales de su trabajo de medicina elemental para pobres marginales, pero que actualmente la salud y la enfermedad se explicarían e intervendrían mejor con la tecnología médica moderna.

El llamado modelo de **Lalonde** o de Campos de la Salud, definido por algunos como el más moderno y científico, denomina como estilos de vida, de carácter personal y privado, a las prácticas culturales que no se explican como decisiones personales.

Posiblemente aún amplios sectores de salubristas valoran la obra de Manuel Núñez Butrón (MNB), pero su obra tendría el mismo destino que ha tenido la Atención Primaria de la Salud (APS), un recuerdo de algo elogioso del pasado, o, una estrategia mundial que fracasó en alcanzar la meta de “Salud para todos en el año 2000”, que no fue viable por idealista. Incluso la Atención Primaria de la Salud (APS) se ha confundido y reducido a la llamada “Prevención Primaria” o al “Primer Nivel de Atención”, de lo cual se habló cuando se propuso la también suspendida “Municipalización de la salud” e incluso los actuales Lineamientos de reforma de la salud (2013)^{viii}. Manuel Núñez Butrón (MNB) habría sido arrastrado por las reducciones y tergiversaciones que tuvo la Atención Primaria de la Salud (APS), la cual no tiene



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

prácticamente dista mucho de la llamada hoy “Atención Primaria de la Salud (APS) renovada” que promueve actualmente la OMS/OPS^{ix}.

En contraposición con lo que se asume sobre este personaje, deseamos también sustentar que las experiencias de Manuel Núñez Butrón (MNB) nos proporcionan criterios y nuevos elementos para asuntos de gran actualidad como son las estrategias de interculturalidad en salud y de trabajo a nivel de la población y la familia. Actualmente el Ministerio de Salud (MINSAL) está dando gran impulso y dedicando recursos para el desarrollo del Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria (PROFAM), centrado en la familia, en la educación sanitaria y en la participación de la población, así como un cambio de actitud del personal de salud, todo ello en el primer nivel de atención^x.

La obra de este médico ha sido ya definida en lo escrito sobre él y en los homenajes recibidos. De esto trata la presente tesis. Pretendemos sustentar que Manuel Núñez Butrón (MNB) tiene otras perspectivas que no han sido exploradas o han sido reducida por quienes le hacen reconocimientos.

B. INTERROGANTES DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se propuso dar respuesta a las siguientes interrogantes:

- ¿Cuál es la percepción oficial más difundida de la obra de MNB?
- ¿Cuál fue el sentido principal del Rijcharismo de MNB?
- ¿Cuáles fueron las estrategias interculturales sanitarias de la obra de MNB?
- ¿Cuál fue la identidad sanitaria de MNB?

C. HIPÓTESIS

La presente investigación se propuso hacer un balance crítico de la percepción actual de la obra de Manuel Núñez Butrón (MNB) y sustentar una ampliación de otras perspectivas de análisis más potentes de su obra y presencia actual.

Las hipótesis fueron:

- 1La percepción de MNB fue reducida a precursor de la APS por sus acciones de participación comunitaria para la prevención con base en la higiene.
- 2El Rijcharismo fue un proyecto principalmente de dignificación del indio donde MNB fue percibido como un nuevo inca.



**XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017**

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

3MNB tuvo una respuesta paternalista a las tensiones entre la medicina moderna y las costumbres tradicionales.

4La identidad sanitaria de MNB fue de medicina comunitaria.

D. CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

- Paradigma sanitario
- Estrategias sanitarias
- Cultura
- Política
- Salud

E. OBJETIVOS

1. Sistematizar y discutir la percepción oficial y actual de la obra de MNB.
2. Sustentar el sentido principal del Rjcharismo de MNB.
3. Sustentar las tensiones y estrategias interculturales en la obra de MNB.
4. Discutir y sustentar la identidad sanitaria de MNB.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION CONCLUIDA PARA TESIS DOCTORAL

II. Marco teórico/marco conceptual

A. LA SALUD PUBLICA COMO CAMPO DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS

La presente investigación la realizaremos desde la perspectiva de la Salud Pública. Para la definición de este campo nos basamos en los conceptos de Julio Frenk, quien afirma que “A diferencia de la medicina clínica, la cual opera a un nivel individual, y de la investigación biomédica, que analiza el nivel sub-individual, la esencia de la Salud Pública consiste en que adopta una perspectiva basada en grupos de gente o poblaciones. Esta perspectiva poblacional inspira sus dos aplicaciones, como campo del conocimiento y como ámbito para la acción^{xi}. Complementariamente podemos describir que la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la Salud Pública como el conjunto de actividades relacionadas con la salud y la enfermedad, el estado sanitario y ecológico del ambiente de vida; la organización y el funcionamiento de los servicios de salud, planificación, gestión y educación.

Este mismo autor, plantea que la salud es un punto de encuentro donde confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, la política social y la económica^{xii}. En un tiempo la Salud Pública era un campo en conflictivo con la acción asistencial propiamente médica, pues la medicina enfrentaba la salud en un momento recuperativo e individual y la Salud Pública planteaba políticas más generales y preventivas. En la época del Estado benefactor se desarrolló una Salud Pública convocada desde el Estado para la recuperación de la salud, la cual asumía como su deber.

Las áreas de desarrollo de la Salud Pública pueden delimitarse de varias formas, según el enfoque y el actor que la asume. Con fines académicos se han propuesto las siguientes áreas y las sub-áreas que incluyen, tanto en los niveles: conceptual, metodológicos e instrumental^{xiii}.

- a. Conceptual o epistemológico: donde se sustentan y definen los conceptos y enfoques teóricos que fundamentan cada área.
- b. Metodológico: donde se derivan las formas de razonamiento o los procedimientos para ampliar el conocimiento o la intervención en Salud Pública.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

- c. Instrumental o técnico: donde se precisan los aspectos concretos y aplicativos, expresados principalmente en las pautas o criterios para la intervención en el campo de la salud colectiva.

Algunas de estas sub-áreas constituyen ciencias propias o campos con amplio desarrollo especializado. En este capítulo teórico, las integramos en la medida que trabajan y aportan a la salud como un hecho colectivo, que caracteriza a la Salud Pública.

1. SALUD Y SOCIEDAD

Desarrolla la salud como un producto social e histórico, de allí la necesidad de partir de los antecedentes y determinaciones en la estructura económica, social y cultural en cada sociedad concreta. Desarrolla los enfoques necesarios para comprender el proceso social y político asociado a la salud, principalmente los relativos al Estado, al gobierno y a la democracia.

Las ciencias o disciplinas que están involucradas son: Historia de la Salud y la Medicina, Antropología de la Salud, Teorías sociales y Salud, Principios en Salud, Nuevas condiciones del mundo y la sociedad actuales, Realidad de Salud, Políticas Sociales y de Salud, Economía y Salud, Legislación en Salud, Reforma de la Salud, Diseño y Evaluación de Proyectos en Salud, la Seguridad Social, Funcionamiento del subsector privado, Estrategias de focalización del gasto social, Sociología y salud, entre otros.

2. SISTEMAS DE SALUD

Se refiere a la constitución y funcionamiento de las diversas formas y niveles de atención de la salud, el funcionamiento de las organizaciones y la administración, así como los modelos de atención y financiamiento. Trata de la respuesta social organizada frente a los problemas de salud, especialmente las gubernamentales. Incluye aspectos de gerencia y los sistemas administrativos.

Las disciplinas involucradas son: Teorías administrativas en Salud, Modelos de Atención de Salud, Enfoques de Calidad, Eficiencia y Eficacia, Gestión de Servicios de Salud y de Recursos Humanos, Formas de Aseguramiento, Relaciones Humanas en Salud, Programación en Salud; Evaluación, Monitoreo y Supervisión de Servicios de Salud, Gerencia en salud, Estudio de costos, entre otros.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

3. SALUD Y POBLACIÓN

Estudia el proceso salud - enfermedad, el medio ambiente y la población, la salud asociada al trabajo, al ambiente, los ciclos de vida.

Los campos específicos son: Teorías de la Causalidad, Teoría del Riesgo, Ecología, Demografía, Epidemiología, Vigilancia y control en epidemiología, Atención del Medio Ambiente. Otros campos son el estudio de la salud de diversos grupos sociales y biológicos como la salud ocupacional, la gerontología, salud de la madre, entre otros.

4. SALUD Y EDUCACIÓN

Otros enfoques ponen mayor énfasis en la relación de la Salud con la Comunidad. Se refiere principalmente a las concepciones y estrategias para la formación de recursos humanos, la educación para la salud y la participación comunitaria. Estudia la pertinencia del perfil profesional, su formación en investigación, el tipo de experiencias de aprendizaje que deben tener. Entre los temas específicos están los enfoques, metodologías y técnicas de Educación para la Salud y las Estrategias para la difusión del conocimiento y participación comunitaria.

ÁREAS DE LA SALUD PÚBLICA

NIVEL	ÁREAS			
	SALUD Y SOCIEDAD	SALUD Y POBLACIÓN	SALUD Y EDUCACIÓN	SISTEMAS DE SALUD
TEÓRICO- CONCEPTUAL	- Corrientes del Pensamiento - Historia de la salud - Políticas Social y de Salud - Realidad Nacional - Antropología de la Salud - Economía y salud	- Proceso salud enfermedad - Bioética - Ecología - Causalidad - Demografía - Teoría del Riesgo	- Pedagogía - Modelos Educativos. - Dinámica social - Participación Comunitaria - Educación popular en salud	- Teoría de las Organizaciones - Modelos de atención en salud - Doctrinas de Seguridad social - Sistemas Administrativos.
METODO LÓGICO	- Planificación estratégica - Planificación económica - Legislación de salud	- Metodología Epidemiología - Investigación Epidemiológica	- Metodología y tecnología educativa - Comunicación Social	- Administración en salud - Sistemas informáticos en salud



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

INSTRUMENTAL APLICATIVO	- Diseño de proyectos y programas en salud - Planificación local - Financiamiento de la salud - Estrategias de Interculturalidad	- Bioestadística - Vigilancia Epidemiológica. - Toxicología - Salud ambiental. - Salud ocupacional, de la mujer, del niño, tercera edad	- Diseño curricular - Enseñanza superior - Educación permanente en salud - Técnicas de Evaluación	- Gerencia de Sistemas de salud - Gerencia de Calidad - Gestión de RR HH - Estudio de Costos - Diseño proyectos de Inversión
----------------------------	---	---	--	--

Fuente: Salud Pública I, Alejandro Vela Quico, UNSA 2011

Por las anteriores consideraciones conceptuales, sostenemos la posibilidad de hacer un análisis de la obra de Manuel Núñez Butrón (MNB) desde las perspectivas de la Antropología y Sociología de la salud, las políticas sociales y de salud y la educación para la salud, como espacios de desarrollo de la Salud Pública.



**XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017**

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

B. LA POLÍTICA SOCIAL Y SANITARIA A INICIOS DEL SIGLO XX

Para el planteamiento de los procesos políticos que conformaban el contexto donde se desarrolló la obra de Manuel Núñez Butrón (MNB), tomaremos los conceptos de Juan Arroyo Laguna^{xiv}.

El régimen oligárquico no reconoció un espacio legal para lo social, que debió emerger imponiendo su existencia de hecho. Las concepciones semif feudales de lo social eran absolutistas aunque formalmente republicanas. Se trataba de un despotismo paternalista o humanitario, esto es, una lógica objetiva destructora de vida y, sin embargo, encubierta ideológicamente en un manto subjetivo humanitario. De ahí que en la república oligárquica no se permitiera ninguna lucha social. Lo social era directamente un asunto de orden interno. La sociedad criolla no integraba el derecho social. Las huelgas de entonces fueron por eso jornadas pioneras hechas en el umbral de la ilegalidad.

En el Perú semifeudal del siglo XIX, por tanto, la respuesta social de la plebe urbana y del campesinado indígena "tomaba formas que no pueden satisfacer la definición de un movimiento social". En el Perú criollo-mestizo de entonces, que abarcaba a la costa y algunas ciudades de la sierra, la protesta social asumió muchas veces la forma de "delito social". Las formas de organización y de lucha pre-capitalistas de la plebe urbana mezclaban así las asonadas espontáneas con el bandolerismo, el escapismo a palenques o al "monte", y la criminalidad común. La población indígena se movía entre la servidumbre y los litigios judiciales, cuando no los levantamientos masivos. La dominación oligárquica no incluía la negociación social; de ahí que la mínima acción reivindicativa implicara ruptura del orden.

Cuando a comienzos de siglo el país entró a un estadio más avanzado con la expansión de la inversión extranjera y la aparición de la industria, esta "democracia oligárquica" llegó a su límite. La República Aristocrática incubaba una contradicción flagrante, pues mientras la escena política permanecía rígida y elitista, la economía y las clases populares se expandían y diversificaban. De ahí que entre el siglo XIX y el XX se formara recién el primer movimiento popular moderno en el Perú, de carácter urbano. Apareció el primer frente popular, que agrupaba a las capas plebeyas de las urbes bajo el claro liderazgo de la incipiente clase obrera. El movimiento urbano pasó de su fisonomía aldeana y los estallidos abruptos al despertar persistente y su canalización política a través de diversas corrientes.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

Las políticas sociales y lo social mismo nacieron, por ende, como fruto de la presión de los emergentes movimientos sociales de inicios de siglo. En particular de las huelgas obreras, que abrieron el espacio laboral, de carácter legítimo. A eso contribuyeron cientos de huelgas, las más notables, la de los panaderos de Lima en 1901, la de los portuarios de Mollendo en 1905, la huelga de solidaridad de los trabajadores de Vitarte en 1906, el paro convocado por los anarquistas el 1° de Mayo de 1908, la huelga de los trabajadores de la Cerro de Pasco en 1909, la de los portuarios y navieros en 1913. En 1913 se generalizó un paro en Lima a partir de la huelga de los navieros y portuarios, que lograron entonces legalizar para ellos la jornada de 8 horas. La política social nació en el Perú, al igual que en otros países latinoamericanos, como cuestión obrera. La primera política social fue el reconocimiento mismo de lo social, bajo la forma de legislación obrera. Los trabajadores crearon el derecho laboral. Los intelectuales que primero sistematizaron la problemática obrera fueron hijos de la oligarquía, pero la preocupación social de la época la crearon los obreros mismos.

La dominación oligárquica sólo se avino a plantearse la cuestión social cediendo a la presión de los criollos y mestizos de abajo, a la plebe de su propia vertiente nacional. Durante siglos los indígenas habían planteado lo propio. Pero el régimen godo, y luego el criollo no variaron en eso: lo social no nació por el lado de la reivindicación indígena, línea social que inaugurara el padre De Las Casas. El indigenismo impregnó a sucesivos grupos de las capas medias e intelectuales de la vertiente criolla, pero no a los grupos oligárquicos.

El régimen oligárquico no consideraba de importancia una Política Social Pública, pero sí acciones sociales privadas. En el Perú semifeudal primó en las clases dominantes una concepción paternalista y de beneficencia de los servicios públicos. De esta forma los servicios sociales, entre ellos los de salud, no se conceptuaban como un deber del Estado sino como una dimensión privada, como una obligación ético-religiosa o caridad de las clases pudientes hacia los pobres, al punto que buena parte del sistema hospitalario fue fruto de donaciones de gente adinerada. De ahí la existencia preeminente del sistema hospitalario de beneficencia, los asilos de ancianos y las casas de caridad.

Las políticas sociales fueron de dos tipos; la acción benefactora de las clases dominantes y la acción mutualista de sectores de la plebe urbana. Las cajas de socorros mutuos fueron formas privadas de lo social desde la propia sociedad civil.

Lo propio de los servicios pre-capitalistas fue su no diferenciación como esfera específica de la sociedad, con infraestructura, profesionales y administración propios. Eran aún una dimensión familiar-aldeana de la sociedad. Estos servicios tuvieron las siguientes características:



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

a) La atención era profundamente discriminatoria, reflejando la escisión de nuestra república criolla. La vertiente criollo-mestiza y la vertiente indígena tenían coberturas de servicios absolutamente diferentes. Al interior de la vertiente criollo-mestiza había además una discriminación abierta entre la aristocracia y la plebe urbana. La república heredó la discriminación étnica y estamental de la Colonia, que incluso llegó a tener hospitales según razas. Buena parte de la plebe urbana y la masa indígena se desenvolvían dentro de la medicina andina o popular. La sociedad precapitalista no tenía mecanismos de previsión social, la población vivía sin protección ante contingencias de riesgo. El servicio de salud urbano estaba escindido entre el "médico de familia" de las capas pudientes y el sistema hospitalario para los pobres de las ciudades.

b) Sólo existía la sanidad a nivel urbano. Como una herencia del protomedicato existente durante la Colonia en cada ciudad, no existía una autoridad nacional propiamente de salud, responsabilidad delegada al municipio. La atención sanitaria del Estado se centraba en la salubridad portuaria, el control de epidemias y el manejo de las enfermedades tropicales de las zonas de exportación.

c) Los profesionales de los servicios sociales eran capas liberales, que daban sus servicios a cambio de honorarios profesionales. El ejercicio de la profesión médica era principalmente privado y aristocrático, dentro de la "concepción decimonónica del "profesional liberal". La profesionalización médica era mucho menor, por la presencia de la medicina popular. El médico era un artesano por sus medios de trabajo, pero en razón de su status e ideología, constituía una capa media cuasi-aristocrática; por ello la asociación médica no era aún gremial sino sólo deontológica. En 1854 se creó efectivamente la Sociedad de Medicina, embrión del actual Colegio Médico.

d) La formación profesional era elitista. La medicina era una carrera aristocrática, reservada, además, a los hombres. La formación humanista-oligárquica en salud formaba médicos generales, semiólogos y clínicos por excelencia, que tenían una visión cultural integral y no antagonizaban su formación científica con su información humanística, como pasó después. La especialización en la administración y planificación de servicios no existía. La privatización de los mismos no requería una preparación en la gestión de macro-sistemas. La administración hospitalaria fue función religiosa, consecuencia de la ideología humanista aristocrática.

e) Los servicios urbanos en el régimen oligárquico fueron raquíticos: la limpieza pública, el servicio de alcantarillado y desagüe, la infraestructura hospitalaria, el transporte público, eran deplorables. No sólo



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

estaban minimizados por los servicios sociales del Estado sino incluso, los servicios urbanos de las ciudades, a cargo de los cabildos. La característica de la época fue la municipalización de los servicios públicos en general, no existían autoridades nacionales de vivienda, salud o educación, sólo ediles. El servicio de agua potable y alcantarillado era rudimentario y sólo para algunos sectores y ciudades del país.

Los primeros antecedentes de la moderna previsión social, más allá de la acción benefactora de grupos pudientes o de los sistemas mutuales de los artesanos del siglo XIX, fueron las formulaciones pioneras sobre legislación laboral, de Luis Miró Quesada y José Matías Manzanilla, que hicieron del Perú de inicios de siglo el más avanzado en materia laboral de América. Luis Miró Quesada presentó en San Marcos entre 1900 y 1905 con motivo de sus tesis de Bachillerato y Doctorado, sucesivos trabajos sobre la llamada Cuestión Obrera en el Perú, que representaron una revolución doctrinal en una época en que no había una Legislación del Trabajo. Enarboló la doctrina jurídica del riesgo profesional, según la cual se justificaban las indemnizaciones por los accidentes de trabajos fortuitos, así como el derecho al descanso dominical y nocturno, la reglamentación del trabajo de mujeres y niños y la limitación de la jornada de trabajo.

José Matías Manzanilla, eminente catedrático de Economía Política de la Universidad de San Marcos, recibió en 1904 el encargo de elaborar proyectos de leyes a ser sometidos al Poder Legislativo, cosa que hizo en 1905 sobre higiene y seguridad de los trabajadores, el trabajo de niños y mujeres, el descanso obligatorio, las horas de trabajo, la indemnización por accidentes de trabajo, el contrato de trabajo, conciliaciones y arbitrajes y el proyecto de una Junta Nacional del Trabajo, entre otros.

Luego de entrampamientos en las comisiones del Parlamento, finalmente quedó aprobado un proyecto sobre accidentes de trabajo en el Legislativo en 1908. El 20 de enero de 1911 fue promulgada esta Ley de Accidentes de Trabajo (Ley No 1378), que fue la primera en su género en América. Años más tarde saldrían los demás dispositivos presentados: la Ley de Protección de Mujeres y Menores (1918) y la Ley de Descanso Obligatorio (1918). Posteriormente, en 1924, se dio la Ley que consagró la Jubilación y Cesantía, la que estipuló para los empleados la compensación por tiempo de servicios, el preaviso de despedida y la póliza de seguro de vida.

El nacimiento de la legislación obrera a inicios de siglo expresó el tránsito que se estaba produciendo de un régimen semifeudal cuyo sector capitalista paradójicamente se basaba en la coerción extraeconómica, a un régimen semifeudal en que su sector capitalista se modernizaba y debía basarse con más claridad en la productividad de la fuerza de trabajo. La bandera central del primer movimiento popular moderno de nuestro siglo fue, por eso, el cambio de las condiciones cuasi-esclavistas que caracterizaban al trabajo obrero entre



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

1850 y 1930 en nuestro país. No es casual que la lucha paradigmática de este tiempo haya sido la conquista de la jornada de 8 horas por el movimiento laboral en 1919.

El Estado liberal oligárquico se abstenía en lo económico y social, lo que se reflejaba en los gastos del Estado, que en un 20% eran para los pliegos de Justicia, Instrucción y Beneficencia, así como para Fomento y Obras Públicas, mientras el 80% se dedicaba para las labores administrativas y mantención del orden. Con **Leguía** (1919-1930) el Estado viró hacia la promoción del progreso, lo que se reflejó en el crecimiento del gasto público entre 1920-1929 al 11.6% anual. El Estado era ahora también promotor económico, sin embargo no desarrollaría propiamente una política social, no sería promotor social, sino después de la gran conmoción social de los años 1930.

La política social del Estado, esto es, la prevención social como responsabilidad general de la sociedad, surgió en el Perú luego de debelada la insurrección popular de 1932. Las clases dominantes sancionaron drásticamente la insurgencia de esos años pero debió abandonar la concepción estatal liberal. La Constitución de 1933 consagró los principios de previsión social y el gobierno del Mariscal **Benavides** dio el viraje hacia una flamante política social estatal. El contexto internacional de paso a políticas keynesianas favoreció también este viraje. Desde aquí hasta la década de los 60 la pugna entre la oligarquía y el populismo industrialista en lo social fue la confrontación de dos tipos de política social. La oligarquía practicaba un intervencionismo social limitado, preventivo, clientelar y asistencialista. El populismo industrialista era promotor social más decidido, estatista, paternalista, expansor de los servicios públicos y la seguridad social.

Oscar R. Benavides (presidente provisorio del Perú (1933-1939), uno de los dictadores más represivos de nuestro siglo, creó en 1935 el Ministerio de Educación y el de Salud, Trabajo y Previsión Social. Implementó los primeros proyectos de vivienda popular o "barrio obreros". Incentivó la construcción de escuelas primarias, inauguró el servicio de desayunos gratuitos. Construyó la primera red de restaurantes populares, creó el Seguro Social Obrero o Caja Nacional del Seguro Social, en 1936.

C. LA INTERCULTURALIDAD EN SALUD

Los grupos humanos, desde su aparición en la tierra, han enfrentado necesidades y problemas. Para este enfrentamiento y en este proceso, han creado conocimientos, valores, instituciones y bienes materiales; a todo lo cual llamamos cultura. Las raíces de la cultura se pueden encontrar en:

- La relación dialéctica con la historia social de los grupos



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

- Las relaciones con la naturaleza, y
- Las relaciones con otros grupos sociales.

La **cultura** se define como “modelos de vida históricamente creados, explícitos e implícitos, racionales, irracionales y no racionales, que existen en cualquier tiempo determinado como guías potenciales del comportamiento de los hombre”. Una definición más operativa y descriptiva sería: “cultura es un sistema de formas de actuar, pensar y sentir; que caracterizan e identifican a los pueblos, estas formas se crean históricamente, son dinámicas, se transmiten en el grupo social, sobretodo en la familia y actúan como una matriz profunda de identidad y conducta social.

Cada **cultura** es legítima al pueblo que la crea, no existe jerarquía ni niveles culturales. La **cultura** es aprendida, compartida y transmitida en el grupo social. Autores como **Ralph Linton** la define como “configuración de la conducta aprendida y de los resultados de la conducta...” Algunas precisiones sobre este concepto:

- **SISTEMA:** queremos destacar que los elementos de una cultura son coherentes entre si, y que este conjunto da una respuesta integral frente a la vida, la existencia y el mundo.
- **CONDUCTA SOCIAL:** se refiere al hacer explícito, pero de carácter social, no individual (el nivel individual lo estudia la Psicología). **Linton** asume que las actitudes, los sistemas de valores y el saber, están incluidos en la conducta y que esta puede ser manifiestas o encubiertas, físicas o psicológicas.
- **CREADAS, COMPARTIDAS Y TRASMITIDAS:** se refiere a aquellos productos de los procesos sociales, que se distinguen de las conductas instintivas e individuales. El compartir explica que la cultura es la base de identidad de un determinado grupo social o sociedad.
- **RESULTADOS DE LA CONDUCTA:** este concepto incluye en la cultura a los elementos espirituales e intelectuales (valores, sentimientos, conocimientos) y a los objetos materiales como productos (Estado, universidades, herramientas, tecnología), los cuales son diversos y cambiantes.
- **DETERMINA LA IDENTIDAD:** la cultura otorga identidad a las diferentes sociedades humanas. La identidad cultural actúa como integradora y definidora de la pertenencia a



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

un grupo social. La identidad implica sentirse parte de un grupo, tener orgullo de pertenencia y compromiso con el proyecto o futuro social del grupo.

La **identidad cultural** define los límites del ser parte de algo. Es el conjunto de valores, tradiciones, creencias y modos de conducta que funcionan como fundamento cohesionador dentro de un grupo social, con base a los cuales sus miembros se sientan parte del grupo, tienen orgullo de esta pertenencia y compromiso con el desarrollo de su grupo.

Los componentes de la identidad actúan como soportes y referentes para preservar el orden y convivencia de una sociedad, su aceptación y cumplimiento hacen más soportable las tareas que los individuos deben cumplir y, a la vez que conserva a los individuos en el grupo, limita la acción del indiferente y el peligro de los disidentes.

La autodefinición cultural implica un continuo contacto entre culturas. Más aún, esas relaciones nunca son de igualdad, dado que nunca se manifiestan de manera aislada, la complicada red de relaciones creada por la superposición de relaciones políticas, económicas, científicas y culturales, convierte cualquier relación entre dos culturas en una relación desigual.

No es fácil denotar los fundamentos de la identidad cultural pues esta aparece como implícita e inconsciente. ¿Cuál es la identidad cultural peruana o andina?, posiblemente pareciera reducirse a las costumbres locales por ser ellas exclusivas, pero existe un complejo de consideraciones. “¿Qué es lo andino?”, se preguntaba **Alberto Flores Galindo** y da una respuesta conceptual: “Antes que nada, una antigua cultura que debería ser pensada en términos similares a los que se utilizan con los griegos, los egipcios o los chinos...” y nos propone un camino para acercarnos a esta identidad: “buscar las vinculaciones entre las ideas, los mitos, los sueños, los objetos y los hombres que los producen y los consumen, viven y se exaltan con ellos”¹⁰.

En el Perú existen diferentes naciones con formaciones culturales diversas pero con una matriz común para el área andina, otra para la amazónica y una tercera para la urbana moderna. A lo anterior habría que añadir que no existen identidades homogéneas y puras, pues todas se han sincretizado como producto de la migración, la acción del Estado y el contacto social en general.

Las culturas, en general, no son amuralladas y se han relacionado. Esta interacción puede haber sido violenta, no deseada, de dominación de una sobre otras, llegando en algunos casos al etnocidio o a la imposición de valores y a la sumisión de la sociedad dominada para permitir su sobrevivencia.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

Podemos distinguir las siguientes formas de cambio cultural:

- **EVOLUCIÓN:** podría ser el cambio autónomo en la cultura producto del aprendizaje, de la experiencia pragmática en los grupos que paulatinamente abandonaron las cavernas para construir sus viviendas o mejoraron sus herramientas y las armas.
- **ACULTURACION:** también denominada como transculturación, se refiere a la pérdida de la identidad cultural propia o de origen y asimilación de otras formas culturales, generalmente de una sociedad dominante. Esta es una forma del cambio cultural que caracteriza a los procesos de conquista, explícita, violenta o sutil. Los casos reales de transculturación pueden ser de los latinos seguidores de Krisna, quienes piensan, sienten y actúan como hindúes. Un asunto asociado a la transculturación se refiere a identificar que la composición cultural habrían “estratos” de los cuales los externos podrían efectivamente cambiar rápidamente en contacto con otras culturas, pero habrían otros estratos más profundos que se modificarían luego de décadas e incluso con más de tres generaciones de descendientes.
- **RESISTENCIA CULTURAL:** se refiere a la creación de espacios sociales de reproducción de la cultura propia, cuando se encuentran en sociedades dominantes de culturas diferentes, de conflictos o rechazo a la cultura propia.
- **SINCRETISMO CULTURAL:** son adaptaciones libres y no conflictivas de elementos culturales de otras sociedades.
- **ETNOCIDIO:** es la prohibición y castigo de las expresiones culturales de un grupo, incluso la eliminación física de los portadores de dichas culturas.

El Perú tiene más de 60 grupos étnicos, destacando los quechuas y los amazónicos por su postergación del desarrollo y la atención del Estado. El censo de comunidades indígenas de la Amazonía peruana el 2007, establece un total de 52 comunidades nativas para una población de 332,975 habitantes^{xv}.

La “invisibilidad” estadística de los pueblos indígenas irónicamente proviene de la decisión política de eliminar los términos de raza y color de los registros civiles y la pertenencia étnica de los registros sanitarios, en respuesta a un plan de lucha contra la discriminación. A partir del 2004, las estrategias de salud de los



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

pueblos indígenas en Perú han propuesto volver a incluir la pertenencia étnica en los registros de salud, para poder medir los indicadores de salud en poblaciones específicas, pero esta recomendación no se cumple aun en todo el país. Sin embargo se sabe que los pueblos amazónicos tienen los peores indicadores en desarrollo y en salud del país^{xvi}.

Recientemente se ha constituido el Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI) que tiene como uno de sus objetivos el proponer políticas de interculturalidad en salud^{xvii}, aunque aún no están claramente sustentadas y tienen un nivel burocrático capitalino.

Algunas ciudades del país son centros de inmigraciones de las poblaciones principalmente andinas, sumándose las diferentes expresiones culturales asociadas a los grupos sociales que interactúan. Esto se refleja en diferentes percepciones de la salud y enfermedad, provocando tensiones y limitaciones para la atención de la salud.

En general el problema más crítico a nivel intercultural es el racismo, el etnocentrismo de los sectores de cultura urbana en proceso de modernización, que se expresa como exclusión de diversos grupos.

D. BIOGRAFÍA DE MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN

Manuel Núñez Butrón (MNB) nació el 1 de enero del año 1900 en la parcialidad de Jasana, perteneciente a Chucaripo, Distrito de Samán, Provincia de Azángaro. Fueron sus padres el sacerdote **Juan Guillermo Núñez** y Doña **Rosa Butrón Sanz**, nacidos en Arequipa (Familias de Yanahuara y Cayma).

Su primera educación los realizó en Samán y luego en la Escuela Fiscal N° 8803 de Juliaca donde entabla amistad con la prestigiosa familia Encinas. La secundaria la realizó en el Glorioso Colegio Nacional de San Carlos Puno (1914 – 1917), donde forma parte de la primera brigada de *Boys Scouts* del colegio y es uno de los promotores de la revista escolar. Sus estudios de premédica los realiza en la Universidad Nacional de San Agustín de la ciudad de Arequipa (UNSA) (1918 – 1920), al cabo de los cuales ingresa a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima (UNMSM), donde permanece pocos meses porque viaja a España y termina de estudiar Medicina en la Universidad de Barcelona 1920 – 1924³¹(Anexo 3)

De regreso al Perú (1925), revalida su título en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima (UNMSM), en este periodo trabajó brevemente como médico escolar y médico militar. A pesar de tentadores ofrecimientos para el ejercicio profesional en Lima regresa inmediatamente a Juliaca. (Anexo 4)



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

Entre 1925 y 1926 vivió en Juliaca donde instala un consultorio privado y por razones de su trabajo como médico titular, frecuenta las ciudades de Azángaro y Puno. Es nombrado miembro de la Beneficencia de Puno, participa en las Elecciones Municipales en la lista encabezada por **Pedro Manuel de Noriega** pero, a pesar de su triunfo, no pudo asumir sus funciones debido a que se anularon las elecciones.

Participa y es promotor de diversas conferencias educativas, así como de actividades culturales, veladas literarias, musicales, sociales tradicionales y deportivas. En 1927 participa en la formación de la compañía teatral Orkopata. En 1929 asume también la responsabilidad de médico titular de Azángaro y Huancané, en 1931 es nombrado médico titular de la provincia de Lampa.

Después de persistentes gestiones, en 1933 es nombrado médico titular de la provincia de San Román, como era su deseo, al parecer por razones familiares. En ese año irrumpe el Rijcharismo.

Promueve la fundación de 12 escuelas rurales, creo una biblioteca ambulante, dicta charlas educativas en el patio de su casa y luego en plazas y lugares de feria, con gran acogida de la población, capta, capacita y organiza en trabajo voluntario de educadores comunitarios de salud. Organiza brigadas para promover las vacunas, buenos hábitos y medidas preventivas, pero siempre adjuntas a la alfabetización. Los jueves de cada semana, se ponía a disposición de la comunidad, la llamada “Biblioteca Ambulante” formado por periódico, libros de sanidad, libros de lectura en general. Estimula la danza, la música, el canto, la poesía, la narración. Organizaba baños masivos cada 24 de junio, obsequiando un cuaderno y un lápiz como símbolo de educación y un Jabón y peine como símbolo de salud^{xviii}. Se enriquece su prédica y práctica con el incentivo para abandonar el consumo de alcohol, el chachado de coca, los pleitos y levanta valores como: **Ama Sua, Ama Kella, Ama Llulla y Ama Mak'anacuyquichu y AmaKelly Purej**, son los cinco mandamientos pregonados, es decir no seas ladrón, ni mentiroso, ni ocioso. Tampoco seas pleitista, ni sucio. Desde 1935 publica la revista Runa Soncco (Corazón de hombre), donde desarrolla su pensamiento sobre la situación del indio, sus objetivos y la riqueza de la cultura andina³³.

En Juliaca participa en la fundación de la Sociedad de Beneficencia Pública, del **Rotary Club**, cristaliza el funcionamiento del Hospital y fue asesor del Sub Comité de la **Cruz Roja**. Es colaborador en diversos diarios locales y nacionales. Conjuntamente con **Luis Ugarte** y bajo la dirección de **Gabriel Delgado Bedoya** participó durante varios años del equipo de redacción de la revista “Medicina Social” que tenía como lema: “Toca a la juventud médica cumplir su momento histórico para que la posteridad no la señale como profundo deber”.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

En 1937, por recelos de los sectores reaccionarios de poder, frente al creciente y masivo liderazgo popular de Manuel Núñez Butrón (MNB), fue desterrado a comunidades muy lejanas en Ucayali y Huancavelica. Por informaciones periodísticas se conoce que entre 1939 y 1940 regresó a Juliaca, para reflotar las acciones de Rijcharismo.

En 1943, nuevamente lo encontramos como médico titular de la Provincia de San Román. El año de 1945 asumió el cargo de médico sanitario viajero del Departamento de Puno, en este mismo año se presenta como **candidato a la diputación** por dicha provincia, a pesar que gana las elecciones por manejo fraudulentos, se proclama a otro candidato, se anulan las elecciones pero en las nuevas se repite la historia que favorece al candidato aprista Luis Escalante. .(Anexo 5)

Manuel Núñez Butrón (MNB) tuvo vinculaciones con el Instituto Indigenista Interamericano, envió 5 ejemplares de la revista Runa Soncco y fotografías del Rijcharismo, en 1942 solicita su incorporación a esa entidad. .(Anexo 6)

Manuel Núñez Butrón (MNB) cuando estudiaba en Barcelona se conoció con Matilde Montero Lovico, natural de Santiago de Compostela con quien tuvo una hija llamada Matilde. En 1935 contrajo nupcias en Samán con Lidia Elena Cabrera Pineda con quien tuvo dos hijos, Guillermo y Lourdes³¹.

Su labor como **médico titular** la cumplió hasta 1949, año en que se retiró del servicio oficial, cumpliendo 18 años, 7 meses y 21 días de servicio. Desde el decenio de los años 40 ya se encontraba enfermo con el mal de altura. Su mal recrudeció y fallece el 7 de diciembre de 1952. Víctima de policitemia y de una complicación pulmonar. En uno de sus últimos artículos apunta: "No estoy aún satisfecho, mi labor está trunca y apenas se ha puesto en el camino social de la medicina Peruana uno de los muchísimos escalones que falta recorrer", "Se apagó la vida del Jatun Rijchari, causando un profundo dolor en los campesinos, quienes lo consideraban su protector y amigo". Poco antes de su muerte deja su testamento ante el notario público y elige como albacea a su hermana Emiliana de Rivas. Sus restos mortales se encuentran en el Cementerio de Cayma de Arequipa. .(Anexo 2)

III. Metodología

A. AMBITO DE ESTUDIO

El ámbito espacial del presente estudio se puede considerar al Perú, pues es en éste espacio territorial, donde se considera a Manuel Núñez Butrón (MNB) como uno de los personajes más destacados de la Medicina, así como su obra se desarrolló e impactó a nivel nacional principalmente. El espacio temporal se puede considerar los últimos 100 años, que incluye el periodo en que se forma Manuel Núñez Butrón (MNB), donde desarrolla sus acciones sanitarias y, luego, se la estudia, como lo hacemos en la presente investigación.

Las características de este ámbito, espacial y temporal, se describen y consideran en la sustentación de la tesis y, por ello, pasaremos a exponer los rasgos más significativos del contexto social, político, cultural y sanitario actual, en que hacemos el presente estudio.

Desde hace una década el Perú tiene estabilidad y crecimiento económico continuo. Hay amplias inversiones extranjeras y un crecimiento de la llamada “clase media”. También se redujo radicalmente la violencia política armada que afectó al país entre las décadas 80 y 90, en los primeros años de este milenio se superó la etapa de un gobierno ilegítimo, se fortaleció la democracia y se estableció la descentralización.

El Perú desde hace 25 años ingresó a un modelo liberal de Estado, lo que implicó la privatización de la economía y, progresivamente de diversos servicios sociales. Se pasó a conformar las redes económicas con Estados Unidos, Europa y países más distantes como la China. Tiene un sistema de gobierno presidencialista, unitario y descentralizado.

Este crecimiento y lógica económica han provocado resistencia en grandes sectores de la población las cuales rechazan ciertas inversiones como las extractivas mineras, del gas, de los recursos marinos y amazónicos, porque implicarían la depredación y pérdida de sus espacios tradicionales.

El narcotráfico en el Perú obtiene su mercancía en zonas de la Amazonía; transportan y comercian por diversas rutas con creciente corrupción de niveles de gobierno y participación de la población. Esto afecta la seguridad de sectores poblacionales pobres y campesinos.

Entre los principales problemas nacionales vividos y percibidos por la población están: la inseguridad, la violencia urbana particularmente el feminicidio y la corrupción en el Estado^{xix,xx}. Existe un profundo



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

descrédito del poder legislativo y de la clase política; la prensa es un actor que impone una agenda y expresa los intereses de los sectores con poder económico.

El Perú tiene mayores reservas económicas y un crecimiento a pesar de la crisis mundial. El canon de empresas privadas permite disponer de financiamiento para algunos proyectos regionales, pero las graves denuncias de mal uso de los recursos públicos, la improvisación, la ineficiencia y el abuso en el ejercicio de cargos de gobiernos locales y regionales. Hay gran expectativa por la continuidad de la inversión extranjera extractiva primaria, pues se las presenta como necesarias a pesar de la debilidad estatal para exigir el respeto del cuidado del ambiente y diversos derechos laborales.

La población tiene expectativas para que el Estado financie los servicios sociales como la salud, educación y seguridad; no aceptan el retiro del Estado de las responsabilidades sociales y que sean tratadas como cualquier bien en el mercado.

Los últimos gobiernos han respondido con políticas sociales, las cuales aún se siguen extendiendo en diversos aspectos de la vida y sectores sociales; destaca en el campo de la salud, el SIS (Seguro integral de Salud), gratuito y dirigido a los más pobres. Las instituciones y el trabajo estatal son calificados en parte como ineficientes y de baja calidad.

La salud es atendida por 4 sub sistemas: estatal, seguridad social de carácter semipúblico, el privado y el tradicional. El sector público, Ministerio de Salud (MINSA), es el más amplio y abierto a toda la población, con menos del 1.6% del PBI y 8.6% del presupuesto nacional; la seguridad social y de salud específicamente ha crecido, especialmente para la población pobre, alcanzando la cobertura más alta en la selva y en la sierra. Los servicios que brindan son más que nada curativos, aunque incluyen algunos programas de fomento, prevención y protección de la salud, de control de epidemias y endemias^{xxi,xxii}.

Conforme se alejan de las capitales de provincias, los servicios de salud adolecen de recursos, personal de salud y de calidad. Desde hace más de una década se aprecia un proceso de transición epidemiológica prolongada y segmentada, con creciente predominio de enfermedades crónicas no infecciosas; pero las infecciosas, las relacionadas a las madres y a los niños y la reemergencia de enfermedades (malaria, dengue, peste, fiebre amarilla y otras), siguen siendo importantes en varias regiones^{xxiii}.

En la gestión de muchos gobiernos locales y regionales descentralizados hay ausencia y debilidad de proyectos regionales, de la capacidad de gestión local y persistencia de mecanismos de centralismo en áreas claves del desarrollo nacional, que finalmente parecen justificar un proceso de recentralización.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

El año 2003, el Ministerio de Salud (MINSAL) instala el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) como la forma operativa de las políticas nacionales de salud que prioriza la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el primer nivel de atención, con actividades hacia las personas, la familia y la comunidad. Sus principios son: la integralidad de la persona, universalidad, equidad, corresponsabilidad, calidad, solidaridad y eficiencia. Sus enfoques son: la salud como un derecho humano, la equidad de género, la interculturalidad y la articulación territorial. Sus fines principales son la reducción de la mortalidad materna e infantil, control de las principales enfermedades transmisibles y la disminución de la desnutrición infantil.

Es cierto que está disminuyendo la pobreza, pero también se han profundizado las brechas sociales. Varios sectores de la población no tienen derecho a la atención de salud. Persisten importantes brechas de desigualdad entre los ámbitos urbano y rural, entre costa, sierra y selva, desigualdad de género y de grupos específicos como los afrodescendientes y los pueblos indígenas^{xxiv}.

El gobierno actual ha establecido como prioridad en su política, la creación de una serie de programas, de un ministerio para la inclusión y un importante presupuesto. El Estado piensa que son instrumentos de una estrategia de superación de la pobreza en un país cuyos estándares de inversión y de crecimiento económico no pueden seguir conviviendo con condiciones extremas de precariedad y vulnerabilidad^{xxv}.

Entre estos programas se destacan: Pensión 65 (para adultos mayores en extrema pobreza), Juntos (para hogares en extrema pobreza), Cuna Más (niños menores de 3 años), Qali Warma (desayunos y almuerzos escolares), SAMU (Atención prehospitalaria en casos urgencias) y Plan Esperanza (para la atención de casos con cáncer)^{xxvi}.

B. TIPO DE INVESTIGACION, TÉCNICAS, METODO Y FUENTES

El **tipo** de investigación general usado es el **cualitativo** y, el **método** específico es el **histórico**, definido como **analítico-sintético**. Es indispensable que en el estudio de las cuestiones históricas se analicen los sucesos descomponiéndolos en sus partes para identificar sus posibles raíces económicas, sociales, políticas, religiosas o etnográficas y, partiendo de este análisis, llevar a cabo la síntesis que reconstruya y explique el hecho histórico. El **método analítico** es el **heurístico**, que busca lo nuevo y lo desconocido; en Historia sería el manejo de las fuentes escritas, gráficas y orales principalmente, aunque para el estudio de la prehistoria habría que recurrir a otras ciencias auxiliares. El método de síntesis es el **hermenéutico**, que consiste en la interpretación, que tiene como fin aclarar el sentido de los textos^{xxvii}.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

Se ha desarrollado un **análisis crítico** de las publicaciones oficiales de salud, colegios profesionales, libros, organismos internacionales y de diversos investigadores.

De manera especial se ha dispuesto de las fuentes documentarias familiares consistentes en **registros fotográficos, cartas**, ejemplares originales de la **revista Runa Soncco**, de recortes periodísticos y otros documentos inéditos. Las evidencias de la sustentación de las tesis son los conceptos, las expresiones y las imágenes con significado.

En este tipo de investigación no corresponde identificar los conceptos de: unidad de estudio, población, marco muestral y muestra.

C. PROCEDIMIENTO

- Sistematización de las publicaciones.
- Sistematización de la información de fuentes primarias.
- Entrevistas a personajes claves.
- Contrastación de las hipótesis.
- Discusión con expertos en algunas áreas de análisis identificadas.



XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

IV. Análisis y discusión de datos

A. LA PERCEPCIÓN DE MANUEL NUÑEZ BUTRÓN (MNB) FUE REDUCIDA A PRECURSOR DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)

LA PERCEPCIÓN INICIAL

Pensamos que hubo un cambio, entre las iniciales, promovidas por sus simpatizantes y de las últimas décadas asociadas a los reconocimientos oficiales.

Hasta antes del año 1982, pocos conocían de Manuel Núñez Butrón (MNB). Sobre él predominaba una versión sentimental y de admiración a su apostolado sanitario, con cierto matiz de un indigenismo rezagado, de reivindicación a las poblaciones andinas marginadas^{xxviii,xxix}.

Se admiraba su trabajo esforzado en ámbitos duros y agrestes^{xxx}, en zonas quechuas y aymaras, sin recursos y auspicio estatal, con un programa de acciones de su iniciativa, que consistían básicamente en la promoción de la higiene para enfrentar enfermedades comunes, capacitación y movilización de agentes comunitarios para extender sus enseñanzas a poblaciones más alejadas, a lo cual sumaba el incentivo para que aprendan a escribir y leer. El Rikcharismo (despertar) se entendía como un llamado a la consciencia adormecida del indio para participar en el cuidado de su salud y abandonar algunos vicios. La revista “Runa Soncco” (corazón de hombre), se entendía como un boletín de educación sanitaria dirigido a poblaciones andinas pobres^{xxxi}.

Médicos como: David Frisancho Pineda, Rogelio Bermejo Ortega, Carlos Cornejo Roselló, Luis Ángel Ugarte, Enrique Encinas, Gabriel Delgado Bedoya, Fuad Jarufe Mazzo, José García Tello y José Catacora Solórzano, entre otros, eran quienes mantenían encendido el recuerdo de Manuel Núñez Butrón (MNB), a pesar que el tiempo alejaba su trabajo de las décadas 30 y 40. Esta percepción de la obra de Manuel Núñez Butrón (MNB), era dominante también entre intelectuales que estudiaron el desarrollo de la Salud Pública peruana de las primeras décadas del siglo XX, como lo sintetiza muy bien el historiador **Marcos Cueto** en su obra publicada el año de 1996: “También hubo casos de participación comunitaria, promoción de la higiene según patrones culturales existentes y de cierto callado heroísmo. Esto ocurrió en Puno en la década de 1930 donde se produjeron otras formas de entender y de controlar la enfermedad que



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

reflejaron la influencia de las ideas sociales en la medicina, la tenacidad de la cultura indígena y el ingenio de algunos individuos”³³.

El movimiento sanitario internacional de Medicina Social en América Latina, tuvo noticias de su trabajo, el cual tenía todos los ingredientes que su ideología y manifiestos proponían. Incluso, algunos personajes llegaron al altipampa sur-peruana para conocer *in situ* lo que se decía de su obra, lo cual publicaron elogiosamente: “He recorrido diez países... nadie me ha impresionado más hondamente que Núñez Butrón... un timbre de orgullo para nuestra medicina americana... pagaría lo que no tengo para colocar a las eminencias americanas en el medio en el que Núñez Butrón ha actuado, para darme el placer de verlos realizar y mirarles la cara” (**José García Tello**, chileno)”²⁶. Pero, “...todo el mundo reconocía su obra. El Perú la desconocía (Chile 1938)”²⁷.

Los primeros homenajes y algunos reconocimientos de instituciones como el Colegio Médico Nacional, de instituciones en Arequipa y Puno, así como de algunas universidades y profesionales, a nivel nacional e internacional^{xxxii}, tenían este mismo sentido y sentimiento. El primer reconocimiento en vida a Manuel Núñez Butrón (MNB), que se tiene registro se dio en octubre de 1943 en Arequipa, durante el desarrollo de jornadas médico-quirúrgicas sur peruanas, a dónde asistió como parte de la delegación de Puno^{xxxiii}.

En algunos de estos homenajes se lo empieza a definir como pionero de la Medicina Social en el Perú y pionero de la Sanidad Rural Peruana (Cusco, 15 de setiembre de 1953), sustentado que: “fue uno de los primeros médicos peruanos que en las llanuras del altipampa, con carencia absoluta de medios, emprendió una lucha efectiva contra la suciedad, contra el piojo, contra el alcoholismo, contra la pleitomanía y contra la ignorancia, es decir, propendiendo al bienestar físico, mental y social de nuestra población indígena sumida en un letargo y atraso seculares”²⁶.

Años después, por Resolución Ministerial N° 5703 del 21 de mayo de 1954, se designó con su nombre a la escuela de segundo grado de varones N° 1121 de la ciudad de Juliaca y, en 1965 el flamante Hospital de Puno pasó a llamarse Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón”²⁶.

Algunas personas que encontraban cierta identificación ideológica o moral con el trabajo social que realizó Manuel Núñez Butrón (MNB), eran difusores de su doctrina y acciones, así como eran los encargados de escribir y promover los homenajes. Incluso, a pesar del reconocimiento implícito que se puede encontrar en la **Declaración de Alma Ata – OMS (1978)**, donde se valora la prevención, la participación comunitaria,



la captación de agentes tradicionales de salud, entre otras estrategias, no cambió el perfil que le otorgaban a su trayectoria.(Anexo 7)

Es destacable que el año de 1984, la XVII promoción de estudiantes de la Facultad de Medicina – UNSA, luego de intenso debate con otras propuestas, adoptó el nombre de Manuel Núñez Butrón (MNB) y el lema: “Humanidad – Servicio – Ciencia”. Esta denominación podría explicarse como un reflejo del ánimo solidario y comunitario que tenían los líderes de los estudiantiles de esos tiempos¹.(Anexo 1).

En 1986, el Colegio Médico del Perú, filial Arequipa, publica un libro con algunos contenidos seleccionados de los 8 números disponibles de “Runa Soncco” y en la introducción llama a Manuel Núñez Butrón (MNB), “pionero de la Medicina Social y Preventiva en el Perú”. Esta es la única edición más completa que se conoce de la revista^{xxxiv}. Su aparición, realmente podríamos explicarla porque el decano en ese entonces del Colegio Médico en Arequipa, el Dr. César Delgado Butrón, era descendiente de Manuel Núñez Butrón (MNB) y algunos colegas lo animaron a corresponder con este honor.

A pesar de todo lo anteriormente reseñado, ya en los años 90, se afirmaba que “es probable que la obra de Núñez Butrón no sea del todo conocida por muchos médicos; en particular entre aquellos de generaciones más jóvenes^{xxxv}. Situación que no ha cambiado actualmente. Pero es probable que estas opiniones algo pesimistas expresen sobre todo la percepción que Manuel Núñez Butrón (MNB) no ha sido plenamente ponderado y que se estaría olvidando su obra, de la cual deberíamos sentirnos altamente identificados y orgullosos.

EL PRECURSOR

A partir de la década de los 80, la identidad de Manuel Núñez Butrón (MNB), se consolida y hace más universal y oficial. Así, el año de 1982, el Ministerio de Salud le otorga la condecoración póstuma de la Orden Hipólito Unanue (Anexo 8), en el grado de Gran Oficial, las consideraciones son coherentes con la idea dominante de reconocer un apostolado y ser precursor de un proceso mundial. Las consideraciones de este reconocimiento fueron:

Que el doctor Manuel María Núñez Butrón, médico sanitarista, dedicó su vida a la promoción de la salud pública en el país, creando el movimiento RIJCHARI, formando, educando e inculcando mística sanitaria a auténticos colaboradores, genuinos representantes de la comunidad, llamados a despertar en la población andina actitudes positivas para la prevención y solución de sus problemas de salud.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

Que la obra del doctor Manuel María Núñez Butrón demuestra que vislumbró y ejecutó, con cuatro décadas de anticipación, la esencia de la estrategia de ampliación de cobertura que la Organización Mundial de la Salud definió en Alma Ata como Atención Primaria, por lo que ocupa en la historia de la sanidad el alto sitio de Pionero de la Atención Primaria en el mundo^{xxxvi}.

La construcción de una asociación entre la heroica obra de Manuel Núñez Butrón (MNB) y la Atención Primaria de Salud (APS) se fue consolidando en la última década del siglo pasado. David Frisancho Pineda, al final de una semblanza escrita el año de 1983 dice “pero el nombre de Manuel Núñez Butrón (MNB), que en vida sólo mereció el reconocimiento de la prensa extranjera, merece ahora el homenaje póstumo de sus propios colegas, porque él se adelantó en muchos años a la labor sanitaria que actualmente realizan los médicos dependientes del Ministerio de Salud Pública mediante los promotores de salud. Su labor es semejante a lo que hoy se llama Atención Primaria de Salud”¹. En el mismo sentido escribe Marcos Cueto en 1996: “Núñez Butrón le daba mayor importancia a la higiene, al diálogo intercultural, a la educación sanitaria y a la modificación de los hábitos y estilos de vida, como años después empezaron a hacerla los promotores de la atención primaria de salud”^{xxxvii}.

Pero no se ha encontrado formalmente la declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que señala a Manuel Núñez Butrón como precursor o héroe mundial de la APS. Si hay reuniones previas que el médico Argentino Dr. Victorio Vicente Olguín propone a Manuel Núñez Butrón, y No hay en los documentos asociados a la conferencia de Alma Ata (1978) ni al cumplirse el año 2000, plazo en el cual se debería haber alcanzado la “salud para todos”, donde se mencione estos probables títulos que se atribuye a Manuel Núñez Butrón. Incluso, el mismo Dr. David Tejada de Rivero en su discurso al recibir el mismo, el reconocimiento como héroe de la Salud Pública peruana el año 2002, refiere la siguiente frase que sugiere ser una opinión personal el título de héroe para Manuel Núñez Butrón (MNB):

Entendí que en mi persona se reconoce a muchos luchadores por la salud y la vida. Basta mencionar, entre los peruanos y con el riesgo inevitable de muy graves omisiones, por ejemplo, a Manuel María Núñez Butrón y Carlos Cornejo Roselló, entre los que ya no están con nosotros; y, a Rogelio Bermejo, Nilo Vallejo, Joaquín Roberto Cornejo, Temístocles Sánchez y Oscar Alvarez entre los que están con nosotros y siguen luchando heroicamente todos los días.^{xxxviii}

A fines del siglo XX, la extinción, por razones de edad, de las personas que conocieron directamente a Manuel Núñez Butrón (MNB) y tenían un discurso de matiz afectivo e ideológico sobre su obra, fue dejando el espacio para los juicios más intelectuales, integrales y con la distancia del tiempo.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

La proximidad del año 2,000 reactiva las discusiones y balances acerca de la Atención Primaria de Salud (APS), la mayoría coincide en concluir que fracasó esta estrategia, que no fue viable por su carácter idealista o que fue truncada por diversos intereses ideológicos y económicos mundiales, así como por la resistencia de profesionales como los médicos.

Algunos protagonistas como el Dr. David Tejada de Rivero, explican las tergiversaciones interesadas que hicieron de la APS³⁹. Otros, como el Dr. Alfredo Zurita ilustra sobre la inviabilidad de esta estrategia: “Desde hace cuatro décadas he tratado de evangelizar a los estudiantes de medicina sobre la necesidad de la Atención Primaria para la población, rica o pobre, tratando entre otras cosas de desterrar el erróneo concepto de que la Atención Primaria es algo que se hace desde el gobierno para las poblaciones marginales... la mayoría de los estudiantes escuchan con interés la clase... aunque luego reflexionan sobre cuál es el futuro posible, en prestigio y en ingresos, de un médico de Atención Primaria, y finalmente los que cuentan con recursos suficientes, optan por proseguir sus estudios durante al menos una década más, en camino hacia una especialidad y ubicación laboral sofisticada, que atraiga prestigio y buenos ingresos”^{xxxix}.

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud OPS/OMS, con motivo de la celebración del 100 aniversario de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002), elogia a algunas personalidades como **“Héroe de la Salud Pública de las Américas”**, entre los que se cuenta al Dr. David Tejada de Rivero y en el Perú, en acuerdo con el Ministerio de Salud (MINSA) reconoce como **“Héroe de la Salud Pública del Perú”** a Manuel Núñez Butrón, en mérito a su invalorable contribución a la salud de la población peruana^{xl,xli}. (Anexo 9).

Uno de los reconocimientos más recientes y consistentes con todo el proceso de la obra de Manuel Núñez Butrón (MNB) es el del Consejo Nacional del Colegio Médico del Perú, quien, reunido en su Décimo Novena Sesión realizada el 2011, declaró a Manuel Núñez Butrón (MNB) como **“Símbolo de la Medicina Peruana y Epónimo del Consejo Médico del Perú”**, conjuntamente con Hipólito Unanue, Cayetano Heredia y Daniel Alcides Carrión. Entre los considerandos, definen a Manuel Núñez Butrón (MNB) como “destacado médico sanitarista del primer nivel de atención de salud, dedicó su vida a la promoción de la salud pública en el país y fue el creador de la Primera Brigada Sanitaria del Perú, fundador del movimiento RIJCHARI, que impulsó su accionar formando, educando e inculcando mística sanitaria a los integrantes de la comunidad andina, quienes se convirtieron en auténticos colaboradores que difundieron la doctrina y enseñanzas de prevención y solución de sus problemas de salud”^{xlili}.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

Reconociendo las obvias distancias de tiempo y ámbito que existe entre el trabajo que realizó Manuel Núñez Butrón (MNB) en una localidad andina y la estrategia mundial de la Atención Primaria de Salud (APS) de Alma Ata, podemos discutir las asociaciones entre ambos procesos, buscando las coincidencias que justificarían denominar a Manuel Núñez Butrón (MNB) como precursor de la Atención Primaria de Salud (APS).

En la siguiente tabla resumimos la correspondencia entre algunas de las acciones realizadas por Manuel Núñez Butrón (MNB) y los principios y estrategias de Atención Primaria de Salud (APS)^{xliii}:

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD	RIJCHARISMO
La salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades,	Definición de salud asociada a evitar enfermedades, adecuada alimentación, relaciones sociales y valores,
el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención,	El Rijcharismo llamaba al deber por el autocuidado y la acción colectiva coordinada directamente con la población,
se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación	Atención y prevención de parasitosis e infecciones comunes endémicas, así como el alcoholismo,
basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables.	Acción educativa directa, en idioma nativo, apoyado por agentes tradicionales, demostraciones,
puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar	Autofinanciado por la población y recursos propios, pero no por el Estado. Acciones sin intermediarios en la coordinación comunitaria,
primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas,	Trabajo sólo a nivel de las personas, las familias y la organización comunal, sin mucha evidencia o formalización de la referencia a niveles de mayor tecnología,
la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes;	Educación para la salud directa y a través de los Rijcharis, las escuelas de Rijcharis y "Runa Soncco"
la inmunización contra las principales	Higiene frente al tifus, vacunación frente a la



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales,	viruela.
el suministro de medicamentos esenciales,	Instalación de una farmacia.
centrada la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario,	Coordinación con los profesores de escuelas locales, conformación de escuelas de Rijcharismo, no formalización con otros sectores del incipiente Estado,
Médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico.	Acercamiento y alianza estratégica con los agentes tradicionales de salud.

LA PREVENCIÓN SEGÚN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS) Y MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN (MNB)

Los principios de la Atención Primaria de Salud (APS) tienen amplitud e integralidad, asocian la salud a las condiciones de vida de la población como un proceso de desarrollo nacional y por ello, la intervención deberá ser nacional y desde una reestructuración del sistema de salud. La prevención se plantea en los diversos niveles de la historia natural de la enfermedad. “La Atención Primaria de Salud... presta los correspondientes servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y de fomento de la salud. Como esos servicios reflejan las condiciones económicas y los valores sociales del país y de sus comunidades y son una emanación de esas condiciones y esos valores, variarán lógicamente según los diversos países y comunidades, pero han de comprender como mínimo: la promoción de una nutrición adecuada y de un abastecimiento suficiente de agua potable; el saneamiento básico; la salud de la madre y el niño, incluida la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y lucha correspondientes; y el tratamiento apropiado para las enfermedades y los traumatismos comunes⁴¹.

En cambio, Manuel Núñez Butrón (MNB) tiene como centro obsesivo de su trabajo **preventivo a la higiene** y por momentos parece explicar la salud alrededor de ella: “Bañar el cuerpo y quitarse la mugre es clausurar la farmacia y tener diez años más de vida”, “Se vende una buena cantidad de piojos gordos. A previo de ocasión, porque el indio altipampino se ha dado cuenta que son la causa de su miseria” (Runa



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

Soncco N° 10, Juliaca 1948). Como su sentimiento es de apostolado paternalista y personal, su nivel de acción es el local y comunitario. Su balance de la situación de salud lo induce a priorizar las enfermedades endémicas de gran frecuencia como la viruela, el tifus exantemático y el alcoholismo. Además de la higiene, pone gran esfuerzo por la vacunación contra la viruela, venciendo la resistencia de la población. Busca superar las limitaciones operativas del naciente Ministerio de Salud. “En la década de 1920, la viruela había declinado en la costa y en las ciudades principales del país, merced a una mayor divulgación de la vacuna... empero en las poblaciones andinas, especialmente en las sureñas, a causa de los deficientes medios de transporte entonces existentes y de la carencia de sistemas de refrigeración que permitieran que la vacuna mantuviera su potencia, y por lo tanto, su eficacia, la enfermedad se mantuvo en forma endémica^{xliv}. Manuel Núñez Butrón (MNB) exige que la población se vacune, es pragmático en sus metas, pero no denuncia ni enfrenta de manera contestataria las políticas nacionales.

EL CONCEPTO DE LA COMUNIDAD SEGÚN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS) Y MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN (MNB)

En los años en que Manuel Núñez Butrón (MNB) desarrolla sus acciones, la población andina estaba organizada comunitariamente. Se podían reconocer intereses comunes, un sistema de cargos y una cultura andina que les daba identidad. Manuel Núñez Butrón (MNB) comprende estos procesos sociales y los usa para la movilización de la población. La Atención Primaria de salud (APS) tiene una definición semejante de comunidad: “se compone de personas que viven juntas, en una u otra forma de organización y cohesión sociales. Sus miembros comparten, en distintos grados, características políticas, económicas, sociales y culturales, así como intereses y aspiraciones, incluida la salud”³⁸.

Manuel Núñez Butrón (MNB) tiene una visión **paternalista** de su relación con la comunidad, pero la Atención Primaria de Salud (APS) asume el valor de una participación democrática y concientizada de la población: “La participación de la comunidad en el establecimiento de normas y en la planificación, ejecución e inspección de programas de desarrollo es hoy día una práctica muy aceptada... Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo, en vez de beneficiarios pasivos de la ayuda al desarrollo. Para ello, han de comprender que no tienen por qué aceptar soluciones convencionales inadecuadas, sino que pueden improvisar e innovar para hallar soluciones convenientes. Han de adquirir la aptitud necesaria para evaluar una situación, ponderar las diversas posibilidades y calcular cuál puede ser su propia aportación”³⁸.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

Manuel Núñez Butrón (MNB) fundamenta mucho de su trabajo en su **liderazgo y conducción**, la población es impelida a nuevas conductas, inspiradas en el carisma de este médico respetado, pero estas poblaciones no modifican su cultura ni reflexionan sobre las tensiones con la ciencia moderna. Básicamente: creen y obedecen a Manuel Núñez Butrón (MNB). Quizás por esta razón, luego de su alejamiento por problemas en su salud a fines de la década de los años 40, todos los avances y organización que generó con el Rijcharismo, se debilitan y desaparecen rápidamente. Los Rijcharis se encontraron desorientados y abandonados de liderazgo, terminaron diluyéndose en el anonimato. La población, como parte de un proceso nacional experimentó la superación de algunas afecciones endémicas, pero no hizo sincretismo con la ciencia médica y persistieron sus concepciones tradicionales de salud, como hasta la actualidad ^{31,xlv}.

La Atención Primaria de salud (APS) definía, además, que la participación comunitaria exigía una coordinación entre el gobierno y la comunidad, así como una acción intersectorial y el aporte de suficientes recursos humanos, materiales, técnicos y financieros, para el objetivos de salud, todo lo cual era aún impensable en la época de Manuel Núñez Butrón (MNB).

LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA SEGÚN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS) Y MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN (MNB)

La Atención Primaria de Salud (APS), además de convocar a los gobiernos hacia nuevas políticas, al personal de salud para la atención primaria de salud, reconoce que la población es el recurso más importante y aspira a su movilización. Sostiene que uno de los principales deberes de la población es el mantenimiento de su salud.

En el texto de la **Declaración de Alma Ata** se menciona que la forma de participación comunitaria, puede ser diversa: “en diferentes sociedades, puede haber... individuos muy poco instruidos que han recibido una preparación elemental en asistencia sanitaria, “médicos descalzos”, ayudantes de medicina, enfermeras prácticas, enfermeras con estudios profesionales, “feldshers” y médicos generales, así como curanderos tradicionales”³⁸. Esta es una mención explícita a un tipo de participación de los agentes comunitarios que Manuel Núñez Butrón (MNB) llamó **Rijcharis**.

La Declaración de Alma Ata menciona que “es ventajoso que el personal de atención primaria pertenezca a la propia comunidad en que haya de vivir y sea elegido por ésta, ya que así cuenta con su apoyo... recibe una formación breve y sencilla para ponerlos en condiciones de realizar los tipos de actividades que respondan a las necesidades explícitas de la comunidad; esa preparación se puede ampliar



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

después gradualmente para que pueda desempeñar otras tareas. Como las funciones de ese personal son en gran medida de carácter educativo, es necesario que reciba la formación adecuada en esa esfera³⁸. Esta estrategia coincide en parte con lo realizado por Manuel Núñez Butrón (MNB), aunque los Rijcharis eran una especie de mensajeros viajeros, elegidos por Manuel Núñez Butrón (MNB) pero respetados por la población. (Anexo 10).

La Atención Primaria de Salud (APS), tiene un concepto de transmisión de conocimientos de la educación sanitaria, de los profesionales hacia los menos instruidos. La ciencia y los conocimientos correctos estarían en los libros, en los centros de investigación y en la mente de los profesionales. Asume la conciencia de la población como "ignorante" o vacía, donde es posible "depositar" los nuevos conocimientos. El receptor actuaría, luego de la educación, en función de estos nuevos conocimientos. Aquí el protagonista principal es el profesor o educador, frente a un auditorio anónimo de oyentes^{xlvi}.

La Atención Primaria de Salud (APS) describe: "lo mejor es recurrir a los métodos modernos de enseñanza-aprendizaje... la duración de la enseñanza dependerá de los fines que se quieran obtener y de los resultados de las pruebas preliminares de aptitud a que se sometan los alumnos, ya que la labor docente se ha de adaptar a su grado de alfabetización³⁸". Es claramente una visión etnocéntrica de la ciencia moderna muy consolidada en el currículo de la formación de los profesionales de la salud. Manuel Núñez Butrón (MNB) es coherente con esta perspectiva y capacita a los Rijcharis y a la población tomando como superior al conocimiento científico, que en esos tiempos tenía gran éxito luego del triunfo de las explicaciones contagionistas de **Roberto Koch** y **Louis Pasteur**, de lo cual se derivaba la prevención con base a la higiene y la vacunación. El uso de antibióticos llegaría aún 2 décadas después.

La Atención Primaria de Salud (APS) reconoce la potencialidad de captar y entrenar a agentes tradicionales de salud para que complementen las acciones del personal de salud: "en casi todas las sociedades hay curanderos y parteras tradicionales. Suelen éstos formar parte de la comunidad, la cultura y las tradiciones locales, y en muchos lugares siguen gozando de gran consideración social, lo que les permite ejercer una influencia considerable sobre las prácticas sanitarias de la localidad... ese tipo de personal indígena puede llegar a ser un colaborador importante en la organización de las actividades para mejorar la salud de la comunidad. Es posible que algunas colectividades los designen para la prestación de atención primaria en el nivel local y, en consecuencia, se deben explorar las posibilidades de incorporarlos a las actividades de atención primaria de salud, dándoles el adiestramiento correspondiente³⁸".



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

Manuel Núñez Butrón (MNB) tiene que enfrentar las distancias de sus concepciones científicas con las ideas y prácticas tradicionales de salud, donde tenían gran influencia los curanderos y otros agentes tradicionales de salud. Manuel Núñez Butrón (MNB) no los enfrenta, con mucha perspicacia se acerca a ellos, incluso los invita a compartir su vivienda y por esta ruta se gana su apoyo para algunas tareas prioritarias como la vacunación contra la viruela.

LAS DISTANCIAS ENTRE LA DECLARACIÓN DE ALMA ATA – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) Y MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN (MNB)

La Atención Primaria de Salud (APS) se explica en un contexto mundial de guerra fría y la respuesta del movimiento de integración de los llamados países no alineados que asumen la posibilidad de un gran proyecto mundial que los enrumbe al desarrollo y la justicia, que rechazan la guerra como posibilidad. Es por ello que la Declaración de Alma Ata pretendía, desde la salud, proponer un nuevo orden económico mundial, de gobierno y de políticas sociales.

La Atención Primaria de Salud (APS), no fue sólo una propuesta para el campo de la salud y menos aún reducida a la prevención. El Dr. David Tejada de Rivero, sub director de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en ese entonces, rememora: “Finalizado el evento, casi todos los países del mundo se habían comprometido con una empresa muy seria. La conferencia, la Declaración de Alma-Ata y las Recomendaciones, los movilizarían para poner en marcha un proceso mundial que llevase al cumplimiento, progresivo pero firme, de la meta social y política de "Salud para todos"^{xlvi}.”

El **primer elemento** que destacamos es que la Declaración de Alma Ata, asume la **salud como un derecho**: “la **salud**,... es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social...”³⁰ Este concepto discrepa del creciente modelo liberal y de mercado que se venía impulsando desde los países capitalistas. En el caso de Manuel Núñez Butrón (MNB) asume la salud como una **reivindicación moral y paternalista**, como un apostolado heroico de líderes que llevan el mensaje sanitario hacia poblaciones profundamente marginadas

Un **segundo elemento** fue que la Atención Primaria de Salud (APS) se percibe la importancia que le otorgan al principio de la **equidad y desarrollo**, a todo nivel: “la grave desigualdad existente en el estado de salud de la población,... es política, social y económicamente inaceptable... el desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

desarrollo de los países desarrollados...³⁰. Manuel Núñez Butrón (MNB) pretendía extender su **movimiento a la región sur del país** e incluso aspiró a ocupar el cargo de **diputado**, para poder tener mayor impacto, pero siempre como un proceso paternalista hacia el indio humillado y explotado.

Un **tercer elemento** fue la Atención Primaria de Salud (APS) concentraba su acción a los más altos niveles de **decisión política**: “Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas”³⁰. La profunda brecha no sólo geográfica, sino de integración económica y social, que existía entre el ámbito donde trabajo Manuel Núñez Butrón (MNB) y el poder centralizado e incipiente del Estado capitalino, nos permitiría comprender el nivel de metas y estrategias que desarrolló Manuel Núñez Butrón (MNB).

La Atención Primaria de Salud (APS), se plantea a nivel mundial, explícitamente menciona que también se dirige para los países del alto desarrollo, así como los de menor desarrollo. En la década de los 70, el Perú ya tenía estructurado un sistema de salud nacional, con grandes subsectores públicos y semipúblicos de seguridad social, por ello sostiene que: “la atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad... se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión... todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores”³⁰.

Obviamente, la época en que Manuel Núñez Butrón (MNB) realiza su trabajo en la provincia de San Román, el Estado se estaba consolidando lentamente, movilizado por el crecimiento de la economía capitalista y los movimientos sociales que exigían derechos y especialmente servicios sociales. Recién en año de 1933 se constituye en Ministerio de Salud y se da inicio a políticas sociales públicas, pero su influencia y capacidad se concentra en las grandes ciudades. En esos tiempos, la realidad del indio eran temas con alta carga ideológica, con interpretaciones algunos moralistas, otras de reivindicación paternalista y también explicaciones más estructurales. Importantes intelectuales como: **José Carlos Mariátegui**, **Gamaliel Churata**, **Gustavo Valcárcel**, **José Antonio Encinas**, Antero Peralta, entre otros; exponían el problema y advertían la necesidad de la atención del Estado.

El reconocimiento de Manuel Núñez Butrón (MNB) como precursor de la Atención Primaria de Salud (APS), es loable y un gran honor para un peruano. Aunque la Atención Primaria de Salud (APS) es ahora una estrategia frustrada, que fue muy rápidamente desarmada por las fuerzas internacionales, es valioso



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

reconocerla como un hito del movimiento mundial más grande que intentó generar la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Como precursor de la Atención Primaria de Salud (APS), Manuel Núñez Butrón (MNB) sería **reducido a las acciones que desarrollo para la higiene** como aspecto preventivo, la participación comunitaria a través de los Rijcharis y la educación sanitaria directa y a través de la revista Runa Soncco. Pero, como explicamos arriba, la Atención Primaria de Salud (APS) era un conjunto más complejo, sistémico y político de estrategias, luego, Manuel Núñez Butrón (MNB), tendría aspectos mínimos asociados a la Atención Primaria de Salud (APS). Este sería el costo de encasillarlo a la Atención Primaria de Salud (APS).

Sin renunciar a este reconocimiento mundial, Manuel Núñez Butrón (MNB) tendría otras perspectivas de análisis de alto significado y vigencia para la Salud Pública y para el movimiento social peruano. Sostenemos que esta definición del significado de Manuel Núñez Butrón (MNB) reducida a la Atención Primaria de Salud (APS) no explica plenamente los procesos que implicaron su experiencia ni los resultados que obtuvo. Las escuelas de Rijcharismo, la labor de los Rijcharis, las campañas de higiene y la movilización social que promovió, entre otras, no se redujeron a la educación sanitaria para incentivar la higiene dirigida a la prevención de algunas parasitosis de alta prevalencia del momento.

B. EL RIJCHARISMO FUE UN PROYECTO PRINCIPALMENTE DE DIGNIFICACIÓN DEL INDIO Y MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN FUE PERCIBIDO COMO UN INCA

¿Por qué Manuel Núñez Butrón llama a la población indígena a despertar? ¿Estaba dormida, de qué tenían que despertar los indios? ¿Cuál es la realidad a la cual tenían que despertar los indios?

¡RIJCHARI!

En los inicios de la década del 30, Manuel Núñez Butrón (MNB) regresa a Samán, luego de sus estudios en España, pocos años después de los sucesos violentos en la zona y que no se había extinguido el clima de insatisfacción, cuando aún se sospechaba que Rumi Maqui rondaba por los andes llevando esperanzas y fuerza a los indios oprimidos.

Manuel Núñez Butrón (MNB) tiene la imagen del salvador que llega de algún lejano lugar, para reencontrarse con su gente, trayéndoles una buena noticia de redención. Este es su principal principio y visión. Su tránsito circular desde las aulas escolares de Saman hasta Barcelona y el regreso, le otorgan el mito de la misión, del hijo que prometió regresar, fuerte y capaz para grandes tareas. "... de vuelta a su medio, el



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

Altipampa... qué miseria y qué suciedad en que se debate su población indígena, siendo diezmada por las epidemias sin causar mayor extrañeza en los “mistis”. Cualquiera otro se hubiera vuelto a Lima como lo hacen actualmente la mayoría de nuestros jóvenes médicos, a vivir una vida más muelle y más tranquila”²⁵.

Manuel Núñez Butrón (MNB) no era abogado, pero sí un profesional médico, que en esos tiempos tenía la imagen de un semiDios que podía devolver la vida y la salud, muy valorado por sus procedimientos y eficacia creciente por su base científica. A pesar de ser un profesional de otra cultura, se reconoce su nacimiento y primeros años en esos lares, lo recuerdan por sus familiares y su paso por la escuela, no es un visitante temporal y obligado en tránsito a una ciudad más cómoda. Manuel Núñez Butrón (MNB) definitivamente reside y tiene una familia en la zona. No se distancia vergonzantemente de sus vecinos y conocidos, habla su idioma, se expresa como ellos, se pone a su lado para invitarlos, para hablarles de salud y exigirles que despierten. Era un hombre que no venía a sumarse a sus explotadores, sino para ser parte de ellos y dirigirlos como un nuevo inca. Un inca como principio organizador del mundo que sabe lo que se debe hacer. “... Queda una esperanza: que los cercados, los hombres de abajo simbolizados en las piedras sobre las que se levantan muros españoles, se muevan, marchen hasta el ‘fin del mundo’ y se conviertan en sitiadores⁴⁹. (Anexo 11)

Esta imagen de liderazgo y sabiduría de la ciencia, sería otra forma de adquirir el liderazgo que esperaban estas poblaciones. Según otras versiones recogidas en la actualidad, el inca sería un sabio portador de la cosmovisión auténtica e integral andina, que sabe guiar a su pueblo y tiene el poder sagrado de la verdad transmitida. “Los incas han tenido una visión cósmica completa y eso no es novedad para ningún quechua hablante monolingüe que vive en los ayllus altoandinos a lo largo de todo el Tawantinsuyo^{xlviii}”. Manuel Núñez Butrón podría haber sido ese hombre sabio que portaba la historia e identidad de una cultura ancestral unida a un poder, el poder curar. Manuel Núñez Butrón expresa la posibilidad de un cambio y los indios le creen y le siguen con fe ancestral en su inca. Este es el mito que expresa Manuel Núñez Butrón (Anexos 12, 13, 14).

El mito mueve al hombre en la historia. Sin un mito la existencia del hombre no tiene ningún sentido histórico. La historia la hacen los hombres poseídos e iluminados por una creencia superior, por una esperanza súper humana; los demás hombres son el coro anónimo del drama^{xlix}.

En esos tiempos, las respuestas morales frente a la situación del indio eran frustrantes. “La Asociación Pro Indígena sirvió para aportar una serie de fundamentales testimonios al proceso del gamonalismo, determinando y precisando sus tremendas e impunes responsabilidades. Sirvió para promover en el Perú



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

costeño una corriente proindígena, que preludió la actitud de las generaciones posteriores. Y sirvió, sobre todo, para encender una esperanza en la tiniebla andina, agitando la adormecida consciencia andina... la solución del problema del indio tiene que ser una solución social. Sus realizadores deben ser los propio indios”¹.

Las acciones de Manuel Núñez Butrón (MNB) son parte de un largo proceso de reivindicación del indio durante la primera mitad del siglo XX. Manuel Núñez Butrón (MNB) se instala en el ámbito nuclear del levantamiento de Rumi Maqui, se presenta como un hombre de nacimiento e identidad cultural andina, pero con las cualidades mágicas de sanador. La población posiblemente lo reconoce como un sabio, que convoca a la población a vivir mejor, lo escucha, lo sigue y obedece. La autoridad y capacidad movilizadora que tuvo podría ser expresión de esta identidad que le reconoció la población sensibilizada por la esperanza. Por lo tanto, ¡Rijchari!, era un llamado a la **dignidad del indio**, como hombres, como etnia y como cultura. Este grito era subversivo. Runa Soncco era el vocero: (Anexo 15)

Esa fogata andina es “Runa Soncco”. Acaso está en ella el rojo crisol de la redención del indio, porque este vocero es el corazón de humanidad, abierto a todos los horizontes, como una rosa de los vientos. En es el rojo crisol se han fundido las letras de su lema: lucha contra el alcohol, contra el pleito y contra el piojo (Runa Soncco N° 10)

LA SITUACIÓN DEL INDIO

En los inicios del siglo XX, paralelamente al fuerte levantamiento de los sectores obreros, se generaba un clima subversivo en los andes. Las rebeliones andinas se multiplicaron a partir de 1905 hasta 1920, provocadas por el crecimiento de las haciendas que expropiaban tierras comunales, la imposición del trabajo minero como en tiempos de la Colonia, con una sombra de impunidad y ausencia del Estado. Estos levantamientos locales fueron reprimidos brutalmente con la intervención de la policía y del ejército, profundizando el sentimiento de impotencia entre los indios^{li}.

Una de las sublevaciones campesinas significativas del siglo XX es la de Samán ocurrida en 1913, su radio de acción involucró los distritos de Achaya, Arapa, Caminaca y Chupa. La policía y el ejército sofocaron cruentamente el levantamiento, “alrededor de 2,000 campesinos pretendieron tomar el pequeño poblado de Samán capital del distrito, para castigar a don Mariano Abarca y todo los acompañantes. La oportuna formación de la guardia urbana a órdenes del gobernado don **Amador Urquiza** logró rechazar el ataque indígena con pérdida de numerosas vidas por parte de los insurgentes”³⁰.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

Eran años de una República que intentaba consolidarse luego de la catastrófica Guerra del Pacífico, que miraba con ilusión hacia el extranjero para su industrialización, pero que mantenía una trastienda vergonzante en el ande. Es cuando ocurre un momento cumbre de estas rebeliones: “... entre agosto y setiembre de 1915, es una parcialidad de Samán, con la presencia de numerosos dirigentes, el mayor Teodomiro Gutiérrez Cuevas se proclama restaurador del imperio del Tahuantinsuyo, adoptando el sonoro y significativo nombre de General Rumi Maqui”^{lii}.

Rumi Maqui ataca una hacienda puneña, “Como inicio de una larga lucha que debería llevar a la restauración del imperio incaico”^{liii}. Este personaje es apresado el año de 1917 y trasladado a Arequipa, pero luego huye y desaparece de la vista, “pero su fantasma ronda una y otra vez por los Andes, se lo asocia a sublevaciones indios en la región superuana, contra los hacendados y ricos, y en 1917, un reportaje periodístico lo llama “el nuevo inca del Perú”¹⁰.

Este movimiento y su líder fueron percibidos por los terratenientes como una insolente amenaza a su poder y como un levantamiento de castas inferiores. Este personaje encarna el mito andino del cambio social, de la insurrección que reivindicaría al indio. Los levantamientos subversivos y asaltos a haciendas se suspendieron, pero la sed de reivindicación no se rindió. Sólo esperaba nuevas condiciones, un liderazgo, una promesa o un mito para seguirlo con esperanza. Quizás Manuel Núñez Butrón (MNB) ocupó esta función desde el campo de la salud. No llegó para restituir el Tawantinsuyo, ni para castigar a los gamonales abusivos, pero sí para devolver la **dignidad al indio**, dignidad que tenía la forma de estar sano, limpio, dejando el alcoholismo, sabiendo leer y escribir.

En las primeras décadas del siglo XX, hubo muchos que buscaban interpretar la problemática del indio. Era dominante la percepción de una población doliente y subordinada, casi al borde del deterioro ético por la extensión del alcoholismo y la coca. Era percibido el indio como débil moralmente y por ello, necesario de protección paternalista. **José María Arguedas**, en 1965 sostiene que esta percepción era falsa e interesada en justificar el estado de servidumbre del indio: “resulta ya insostenible la afirmación gratuita, sin fundamentación alguna, de que el indio actual es un sujeto degenerado por el alcohol, la coca y el propio estado de servidumbre a que fue sometido”^{liv}. Pero describe una moral deprimida socialmente, en su cuento “Warma Kuyay” (amor de niño), escrito en 1933, cuando el niño le pide al enamorado de Justina, que mate al patrón porque éste la había violado, el indio no puede vencer su miedo consolidado en siglos de opresión: “– ¡Déjate, niño! Yo, pues “soy indio”, no puedo con el patrón. Otra vez, cuando seas “abugau”, vas a fregar a don Froylán”^{lv}.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

En el cuento de **César Vallejo**, “Paco Yunque”, escrito en 1931, la impotencia frente al dominio feudal incluso de la vida, se trasmite a los hijos. El cuento termina: “Paco Yunque no contestaba nada y estaba con la cabeza agachada- - ¡Anda! – Le volvió a decir Paco Fariña - ¡Contesta! ¿Por qué no contestas?... Pero paco Yunque seguía llorando agachado”^{lvi}.

Otros autores describen esta condición moral y social del indio:

El indio no habla con el patrón sin arrodillarse ni besarle la mano. No se diga por ignorancia o falta de cultura los señores territoriales proceden así. Los hijos de algunos hacendados van niños a Europa, se educan en Francia o en Inglaterra y vuelven al Perú con todas las apariencias de gente civilizada; más, apenas se confinan en sus haciendas, pierden el barniz europeo y proceden con más inhumanidad y violencia que sus padre^{lvii}.

El indio es una nacionalidad oprimida. Aunque el muro que lo separa del mestizo y del blanco no es tan sólido como en el caso de los negros en Estados Unidos, la humillación, el aplastamiento de que es víctima, son mayores. Su lengua, su música, su indumentaria, sus gustos, sus costumbres, son escarnecidos, aplastados, denigrados^{lviii}.

Luis Guillermo Lumbreras^{lix}, citado por Carlos Iván Degregori⁶⁴, narra algunas vivencias de su infancia en la hacienda de su abuela: “ser indio significaba poder ser pisoteado, estropeado, significaba poder cualquier cosa, incluso dormir a los pies de las personas, cuidar de ellas, morir de frío; el indio no debía tener hambre... Además, el indio era sucio, era lo peor...”

La situación del indio adquiere estas características como resultado de la Conquista y la Colonia, los cuales destruyen la organización económica, política y social del Tawantinsuyo. Con el trabajo gratuito y obligatorio de los indios se explotó la minería. “Establecieron los españoles, para la explotación de las minas y los “obrajes”, un sistema abrumador de trabajos forzados y gratuitos, que diezmó la población aborigen. Esta no quedó así recudida sólo a un estado de servidumbre... sino, en gran parte, a un estado de esclavitud”^{lx}.

La dominación fue instalada en la consciencia del indio como necesaria para su sobrevivencia. Con el paso de los siglos los indios resonaba en su memoria la antigua amenaza del encomendero que ahora era de un criollo terrateniente, como lo relata Guamán Poma de Ayala (1535 - 1615): “Vosotros, curacas, como a vuestra padre Encomendero debéis oír. Vivamos bien que entre el Padre y el Corregidor, soy mucho mejor. Sois vosotros del conquistador, mi padre, por esto me debéis dar china criada y muchacho yanacona para que en las estancias hagáis buenas paredes y hagáis casas y me deis indios ganaderos, pastores. Asimismo me



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

daréis indios, indias del tambo para que me ayuden en la hacienda. Si no lo hacéis todo esto, os colgaré y os enterraré vivos y os echaré del cacicazgo. Así os mando porque sois mis indios^{»lxi}.

Para **José Carlos Mariátegui**, la Independencia anunciaba la redención del indio, se dieron varias leyes en favor del indio que incluyeron el reparto de algunas tierras y la abolición del trabajo gratuito; pero todo quedó en los papeles, el Estado fue débil y no habiendo un proyecto de desarrollo revolucionario, persistió el modelo económico feudal e intacto el poder sobre los indios. Mariátegui dice: “En una raza de costumbre y de alma agrarias, como la raza indígena, este despojo ha constituido una causa de disolución material y moral del indio... puede ser indiferente a todo, menos a la posesión de la tierra que sus manos y su aliento labran y fecundan religiosamente... la servidumbre del indio, en suma, no ha disminuido bajo la República. Todas las revueltas, todas las tempestades del indio, han sido ahogadas en sangre.”⁵⁶.

La situación del indio, fue una realidad de permanente conflicto, con sucesivos momentos de crisis como fue el levantamiento de Rumi Maqui y otros. Pero al paso de los años, estos problemas adquirieron una perspectiva más estructurada ideológicamente por el predominio del pensamiento marxista iniciado por **José Carlos Mariátegui**, continuada por sindicalistas, intelectuales y militantes de partidos marxistas que incluso organizan levantamientos para la toma de tierras y en otro momento, acciones armadas. Este pensamiento supera la visión paternalista y moral frente al indio dominado, el indio se hace clase social y actor social de su futuro. El campesino, aliado al proletariado urbano, harían la revolución que incluiría la reivindicación mayor para el indio: la auténtica reforma agraria que devuelva la tierra al campesino:

¿Qué tipo de reforma agraria? Aquella que implique “devolución inmediata de las tierras usurpadas a las comunidades indígena, que implique la expropiación de los grandes latifundios...”^{»lxii,lxiii}.

El levantamiento subversivo liderado por **Hugo Blanco** en La Convención y Lares en Cusco (1962) tenía un nuevo grito de guerra netamente campesino: ¡Tierra o Muerte!⁵³, muy diferente a ¡**Rijchari!** Luego, en 1965, las guerrillas del MIR y del ELN tienen otros lemas que sonaban ya como una marea: ¡Liquidación del latifundio y de la servidumbre!, ¡La tierra para quien la trabaja!, ¡Reforma agraria campesina!⁵⁶

De forma inevitable el creciente proceso social en el Perú, particularmente en la cuestión del indio y de la tierra, condujo a la instalación de un gobierno nacionalista que pretendía asumir las reivindicaciones históricas populares. Este gobierno lo hace mediante un golpe militar conducido por el General **Juan Velazco Alvarado** y emprenden diversas reformas demandadas por los movimientos populares como la nacionalización de la explotación minera y petrolera, pero destaca, la oficialización del quechua como



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

idioma nacional y la Reforma Agraria de 1969 (Decreto Ley N° 17716), esta ley declara entre sus principios: “... destinada a sustituir los regímenes del latifundio y minifundio por un sistema justo de propiedad, tenencia y explotación de la tierra, que contribuya al desarrollo social y económico de la Nación”^{lxiv}. El general Velazco, en el discurso donde promulga dice Ley termina con la frase: ¡Campesino, el patrón ya no comerá más de tu pobreza!^{lxv}”

Esta reforma significó el cambio de la propiedad de la tierra, las cuales fueron adjudicados a cooperativas y comunidades campesinas. Estos hechos terminan los rezagos de la etapa feudal en el Perú y particularmente, se resuelve el anacrónico problema de la tierra y crea condiciones para otro imaginario y perspectivas.

LAS ACCIONES SUBVERSIVAS DESDE LA SALUD

En la década de los años 30, cualquier acción en el espacio andino y con los indios, tenía un alto potencial político, era una realidad muy sensible. Manuel Núñez Butrón (MNB) intenta ser un médico pero no puede evitar que la evolución de sus estrategias se enfrente al poder de los terratenientes y los poderes fácticos expresados en el Estado. Su acción es percibida el inicio con interés pero luego como una amenaza y lo castigan. Una prueba de la capacidad movilizadora de Manuel Núñez Butrón, lo encontramos en la felicitación que le envía en mayor Luis Loaiza (Runa Soncco N° 4, 1935):

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. para manifestarle la satisfacción con que he visto el día de ayer realizada la “Fiesta del Indio”, de la cual Ud. ha sido el entusiasta organizador y propulsor incansable, la presencia de los movilizables, uniformados, en correcta formación, la Cruz Roja de movilizables y mujeres con sus respectivos brazaletes...

Manuel Núñez Butrón (MNB), no era un político, al parecer, sus raíces culturales e ideológicas andinas, no fueron cambiadas ni hicieron sincretismo con el poderoso movimiento socialista que crecía en Europa, luego del triunfo de la Revolución socialista en la URSS, el empoderamiento de los sindicatos y partidos socialista en Europa y la activa prédica revolucionaria entre los intelectuales. Pero, la sola llamada a despertar a los indios de sus miedos ancestrales, a mejorar su salud con higiene, a alfabetizarse, a desechar el alcohol, la coca y el pleitismo, sensibilizó el poder de los terratenientes y lo declararon su enemigo.

Si bien Manuel Núñez Butrón (MNB) no se adhirió a un movimiento político o a una ideología, tan activos en esos tiempos, sí generó un **movimiento sanitario** que lo condujo a un terreno de tensiones con el



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

poder de los terratenientes. Este movimiento fue el **Rijcharismo**. A continuación reseñaremos algunos conceptos de René Calsín Anco acerca de este proceso³⁰.

Diversos acontecimientos formaron parte de la antesala del surgimiento del Rijcharismo, que engrosó y robusteció a la corriente conocida como indigenista que, en la primera mitad de la centuria anterior, logro hegemonía en algunas facetas.

Si bien es cierto que no existió una experiencia similar al Rijcharismo, se pueden consignar algunos hechos de otras vertientes del indigenismo, que contribuyeron a la formación, entre los principales antecedentes tenemos a la Escuela Nueva de **José Antonio Encinas** y al Grupo Orkopata dirigido por Gamaliel Churata. Se debe añadir las acciones de los adventistas, asociadas a la salud y la participación comunitaria. “A pesar de que Núñez Butrón era católico, confió en los adventistas porque encontró en ellos a voluntarios acostumbrados a sacrificarse por su comunidad, que habían recibido una educación básica y que tenían capacidad para comunicarse en público”³⁴.

La labor del maestro José Antonio Encinas en Puno, entre 1870 y comienzos de 1911, fue de corte nacionalista, científico e innovador. Encinas planteaba que la educación era occidentalizada lo cual generaba inconscientemente la subvaloración de las culturas originarias peruanas. “Toda reforma que se haga no puede olvidar el elemento aborigen, al indio, cuya incorporación a la vida nacional prima sobre cualquiera otra exigencia”^{lxvi}. Es muy significativo mencionar que entre José Antonio Encinas y Manuel Núñez Butrón (MNB) existió una relación de maestro y discípulo, pues, en reconocimiento de las potencialidades del joven Manuel Núñez Butrón, le permitió que viva en su casa de Puno, en el primer semestre de 1920 mientras gestionaba e iniciaba sus estudios de medicina³⁰.

Reuniendo sus experiencias iniciales como médico en diferentes ámbitos de Puno, en 1933, en Juliaca, se da inicio al Rijcharismo. La acción primigenia del movimiento social altiplánico fue relatado por el Dr. Luis Ángel Ugarte: “Comienza por la parcialidad de Isla, donde el año 1933, en ceremonia pública y en presencia de todas las autoridades de la provincia y de una multitud de indios, entrega los nombramientos y coloca los brazaletes con la insignia de la cruz roja a los nuevos sanitarios rurales o Rijcharismo”³⁰.

Sobre los propósitos del Rijcharismo existen disímiles apreciaciones. Consideramos que ante la postración del campesino por la condición de país atrasado y dependiente, era necesario impulsar acciones tendientes a liquidar la servidumbre y el gamonalismo de esos años precisamente, bajo esa orientación general ha caminado este movimiento. Esta aseveración se ratifica con los juicios del Rijchari León Risco,



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

que aparecen en el N° 10 de la revista Runa Soncco. Esta revista, a pesar de ser presentada como un medio de educación popular en salud, dado que el analfabetismo era muy extendido y lento su superación, así como implicaba pagar un costo, aunque mínimo, algo difícil de financiar por el indio común. Pensamos que esta revista fue un medio para sistematizar sus ideas, trascender el ámbito local y llegar incluso al nivel internacional que lo llevaría a adquirir un reconocimiento de su presencia, pensamiento y su obra. (Anexo 10)

Algunas de las reflexiones de León Risco, son: “Núñez Butrón ha puesto el bisturí en la llaga del problema indígena... para extirpar los grandes males físicos y morales que van corroyendo nuestra raza. O se combate el mal, destruyendo el agente patógeno que lo origina, o este sigue con el mismo ardor con que defendería su vida misma. Sin temor de equivocarme, puedo asegurarle que la justicia no existe para el indio en nuestro país, que los poderes del Estado contemplen la situación del indio y dicten leyes en armonía con su condición económica y su ignorancia para librarlo de la explotación y de la injusticia. La supervivencia del feudalismo que aún subsiste en pleitomanía, como cáncer social, es un deber imperioso”³⁰.

En concordancia con esos objetivos antifeudales y nacionales, el Rijcharismo se identificó planamente con los **campesinos** y basó su labor en acciones sanitarias, educativas, periodísticas, artísticas y literarias. Por eso, ha luchado denodada e implacablemente contra “la ignorancia, la ociosidad, el pleito, la suciedad y el alcoholismo”, lacras sociales, producto de más de cuatro siglos de cruel exportación. El mismo código moral de nuestros antepasados fue ampliado por: **Ama Llulla, Ama Kella, Ama Sua, Ama Pleitullapi Canquichu, Ama Kelly Pirunquichu** (no seas mentiroso, no seas flojo, no seas ladrón, no estés en pleitos, no andes sucio).

En la etapa de la consolidación, que comprende desde la irrupción hasta la aparición del primer número de Runa Soncco, se incrementaron las acciones educativas y artísticas del Rijcharismo. En los meses finales de 1933, se preparaba la campaña educativa que comenzaron en 1934, con el establecimiento de escuelas rurales. En el N°10 de Runa Soncco, se consigna: “Desde 1934 solicitábamos un método de enseñanza para que los casi analfabetos pudieran actual como maestro”.

Se consolida el Rijcharismo con la primera vacunación en el medio urbano de Juliaca (1934), la instauración de la Fiesta del Indio (24 de junio de 1934), la constitución del Centro Cultural Rijchary, y el recibimiento al Conjunto de Arte Vernacular Masías luego de su participación triunfal en Lima, con ocasión del cuarto centenario de su fundación (1935)³⁰.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

Las asambleas dominicales donde Manuel Núñez Butrón (MNB) daba sus charlas, demostraciones y predicaba sus principios, al inicio en el patio de su casa y luego en la plaza de Juliaca, adquirieron fama y atraían a cientos de familias¹. Los Rijcharis ampliaban el impacto social de este movimiento. Pero un multitudinario desfile de los Rijcharis por las principales arterias de la ciudad de Juliaca, en fiestas patrias de 1937, se convirtió en la justificación para intentar frenarlo. Enrique Encima relata: “Un día en una de las vísperas de la fiestas patrias, el Subprefecto de la provincia un tanto en sorna y otra en reto le invitó a que hiciera desfilar a sus adoctrinados los Rijcharis en uno de los festivales programados, Núñez Butrón desconfiado se resistió al invite, insistió la autoridad. Acepto el colega, y el día señalado desfilaron ante el Subprefecto y otras autoridades de la localidad y sus asombrados habitantes unos cuantos miles de miles de campesinos, limpiamente vestidos, con camisas blancas y ojotas, llevando al hombro fusiles labrados de maderas rusticas. La gente quedó asombrada del despliegue, comerciantes ganaderos, representantes de las grandes haciendas, habían temblado otra vez como antes. Es clara amenaza decían. Se repetirían las sublevaciones que acaudilló el Mayor Gutiérrez Cuevas (Rumi Maqui)”^{lxvii}.

En octubre de 1937, el Rijcharismo inauguró una escuela rural en la parcialidad Isla a pesar del impedimento del Subprefecto José Belón quien en víspera de la inauguración, por medio del oficio dirigido a Manuel Núñez Butrón, hacia conocer: “tengo conocimiento que el día de mañana se va a inaugurar en la parcialidad de Isla una escuela con el título de Rijchari y como esto está completamente prohibido de que fomenta Ud. Por el prefecto de departamento, Teniente Coronel don Juan Dongo, espero que dicha fiesta no se lleve a cabo, dando contraorden inmediata, haciendo responsable a Ud. si la inauguración de dicha escuela se realizara”³⁰.

El trabajo y las críticas de Manuel Núñez Butrón (MNB) empezaron a ser cada vez más incómodos al *status quo*, “Este tipo de críticas y el cariz étnico, autónomo y popular, que adquirió la brigada, despertaron las sospechas de los grupos regionales de poder. La Iglesia recelaba la activa colaboración de los adventistas, los comerciantes estaban resentidos de las campañas contra el alcohol, los abogados se sentían atacados por las críticas a la “pleitomanía” y los hacendados sospechaban que la educación del indígena podía hacer a estos más hábiles para reclamar sus derechos”³⁴.

El peligro que representaba el Rijcharismo para el gamonalismo, la posición firme del movimiento liderado por Manuel Núñez Butrón y el desacato a la autoridad, justificaron su destierro a la provincia de Ucayali (1937) y luego a la Huancavelica (1938). Al respecto Lizandro Luna apuntó “Núñez Butrón en su campaña social, rompió lanzas contra los arrecifes agresivos del arcaico espíritu colonial contra los arrecifes



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

agresivos del arcaico espíritu colonial contra los intereses del encomendero moderno. Esa campaña le atrajo el odio, fue acusado y calumniado. Conoció la prisión, el confinamiento y el destierro”. Por su parte, Enrique Encinas escribía: “Núñez Butrón fue perseguido, injuriado y hasta encarcelado por el sólo delito de haberse ocupado de esa masa enorme de campesinos”³⁰. Los gamonales, empezaron a acusarlo de “comunista” y de germen de un nuevo “Rumi Maqui” que estaba alzando a los indios con el pretexto de prestarles atención médica.

Manuel Núñez Butrón (MNB), luego de experimentar frustraciones y la represión del poder, avanza a la posibilidad de adquirir un espacio en el poder central. Encuentra que tenía apoyo popular y antecedentes de acción que eran su carta de juego. En las elecciones de 1945 se presenta como candidato a la diputación por la provincia de San Román. El ganador ampliamente fue Manuel Núñez Butrón (MNB), pero el jurado electoral departamental proclamó a Julio Macedo. Después de intensas denuncias y recursos legales se logró la nulidad de las elecciones, pero las nuevas elecciones tuvieron la misma denuncia de fraudulentas. “En su campaña, donde el tema sanitario fue central, un volante presentaba como las cualidades del candidato el haber combatido epidemias, el haber fundado escuelas en varias localidades, la creación del hospital de Juliaca y la publicación de Runa Soncco, anunció su aspiración de construir un vasto movimiento sanitario en el sur del Perú basado en el modelo de la brigada Rijchary”³⁴. Pero Manuel Núñez Butrón (MNB) no era un político **astuto**, sino ingenuo, romántico y de principios. No comprendió que se enfrentaba electoralmente no sólo al poder terrateniente, sino también a organizaciones políticas nacionales, de grandes intereses y habilidades para estas competencias.

También Manuel Núñez Butrón (MNB) tuvo vinculaciones con el Instituto indigenista interamericano, al cual envió ejemplares de la revista Runa Soncco y fotografías del Rijcharismo. En 1942 solicita su incorporación a esa entidad. En el último número de Runa Soncco aparece un saludo a los participantes en el II Congreso Indigenista.

EPÍLOGO

A Manuel Núñez Butrón (MNB) lo venció la enfermedad y fue una ironía pues le afectaba la altura, el territorio que tanto amó y donde tanto trabajó. Había logrado regresar de la Europa moderna, de Lima central, de la Arequipa familiar, de la áspera Huancavelica y creyó que podía volver a regresar y retomar sus proyectos y sus luchas, pero su Runa Soncco personal no lo permitió.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

Manuel Núñez Butrón (MNB) fue uno de los incas, en mayor o menor dimensión, que desde tiempos de la Colonia y luego, durante el primer siglo de la República, pretendieron levantar y liderar al pueblo indio, expresar sus reivindicaciones y esperanzas, que tenían como mejor perspectiva la restitución del pasado, al menos sin los desalmados encomenderos y terratenientes que los humillaban casi hasta el genocidio.

Las acciones desde la salud tenían un alto potencial social y mágico. Manuel Núñez Butrón había desencadenado un proceso, pero su destierro a Huancavelica y luego, temprana desaparición física, truncaron el proceso. Sus Rijcharis se desorganizaron pues no era suficiente para continuar una doctrina sanitaria, se requería una ideología política, un proyecto social más profundo, que sí intentaron construir los movimientos políticos de esos tiempo.

Pero, en la década de los 60, la situación y el pensamiento del indio cambiaron radicalmente con respecto a su valoración y perspectiva. Algunas reformas políticas como la reforma agraria y el contacto con la modernidad, principalmente por la vía de la educación, el comercio y la comunicación en general, el indio no mira al pasado del Tawantinsuyo, sino al mercado como una ruta para su progreso.

Este cambio cultural es profundo, pero no quiere decir que se ha borrado todos los elementos de la cultura andina, sino, que se ha generado otra forma de ser indio, ya no el humillado que arrastra cadenas, sino un empresario que funda el centro comercial Gamarra en Lima y que es muy ilustrativo observar la ciudad de Juliaca actual, donde hace 70 años, Manuel Núñez Butrón (MNB) recorría las comunidades llevando agua, jabón, peine, cuaderno y un lápiz, llamando a la población a despertar, ahora es el gran centro comercial del sur-peruano, conducido por empresarios andinos, que de manera pragmática han logrado el éxito económico, que conocen las reglas modernas del mercado y con los resultados de su trabajo, viven con bienestar, sin dejar de ser andinos^{lxviii}.

El sistema público y privado de salud ahora se ha extendido aceleradamente, ha llegado en la atención básica a la gran mayoría de la población. Hay carreteras que unen las ciudades más grandes, las telecomunicaciones han democratizado y acercado a las personas. La salud preventiva y la atención de primer nivel, en general, son universales en las zonas andinas, algo semejante ha ocurrido con la educación. Los niveles de pobreza se reducen sostenidamente, incluso, para los más pobres funciona el SIS (Seguro Integral de Salud) y otros programas sociales. Quienes tienen mayores ingresos económicos recurren a la atención privada, ya sea en su ámbito o viajan a ciudades más grandes. Ahora domina el mercado.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

Estos cambios profundos, según algunos autores, “...tiene que ver, asimismo, lo que en otro trabajo he denominado ‘el tránsito del mito de **Inkarry** al mito del progreso... un porcentaje creciente de las poblaciones andinas dejó de mirar hacia el pasado, de esperar el regreso del Inca, tal como se lo proponía el clásico mito de Inkarry”^{lxix}.

La población andina, antes humillada y postergada, migraron a las grandes ciudades en sucesivas etapas e impulsadas por diferentes crisis. Las migraciones del campo a la ciudad expresan una decisión crítica de los sectores campesinos andinos: optaron por tener un proyecto más emprendedor, se cansaron de esperar un salvador o la caridad y albergan la esperanza de su vida puede cambiar en la ciudad.

Esta dinámica procede de la movilización espontánea de los sectores populares, cuestionando la autoridad del Estado y recurriendo a múltiples estrategias y mecanismos paralelos, están alterando las reglas de juego establecidas y cambiando el rostro del Perú.... El desborde en marcha altera la sociedad, la cultura y la política del país creando incesante y sutilmente nuevas pautas de conducta, valores, actitudes, normas, creencias y estilos de vida.... la crisis actual no es coyuntural sino estructural, Estamos frente a un insólito y espontáneo prnceso de modernización^{lxx}.

En estas condiciones, el Perú del siglo XXI tiene que incluir a las etnias minoritarias como las Quechuas, Aymaras y Amazónicas, con las raíces de la diversidad cultural como parte de su identidad y potencial.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

C. MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN (MNB) TUVO UNA RESPUESTA PATERNALISTA A LAS TENSIONES INTERCULTURALES

¿Cómo logró Manuel Núñez Butrón (MNB) que los indios practiquen la higiene y participen de acciones que contradecían su base cultural tradicional?

Para comprender las implicancias culturales que tuvieron las estrategias sanitarias de Manuel Núñez Butrón (MNB) debemos explicar los conceptos de: cultura, identidad cultural, medicina tradicional andina, relaciones culturales e interculturalidad.

EL PENSAMIENTO ANDINO Y LA MEDICINA TRADICIONAL ANDINA

Las sociedades históricamente han creado diversas concepciones, sentimientos y prácticas para enfrentar sus necesidades y problemas como la salud, a ello se denomina: cultura. La **cultura** otorga identidad a las personas, que implica sentirse parte de un grupo, tener orgullo de esa pertinencia y compromiso con el proyecto del grupo. En el Perú, una expresión cultural es la **medicina tradicional andina**, la cual se constituyó histórica y socialmente en las diferentes sociedades antiguas. Algunas características de la cosmovisión andina son:

- El universo, el mundo y el ser humano conforman una unidad armónica en equilibrio.
- La tierra es la fuente de la vida. No se lucha contra la naturaleza, se es parte de ella y se la respeta, entiende y aprecia como a una madre.
- El conocimiento y la vida social son definidas por la sensibilidad a la naturaleza y al hombre. Su racionalidad no es la racional objetiva de la sociedad moderna.
- La naturaleza tiene niveles: el Hananpacha de los espíritus y dioses, el Kaypacha donde viven los seres humanos y el Ukupacha habitado por los muertos y entes malignos.
- El nivel comunal tiene autoridad en la vida social y personal, es fuente de seguridad, de orden y justicia.
- Los bienes son limitados. Se acumula para compartir y no para competir o diferenciarse.
- Se tributa en trabajo y/o en especies para fines previsionales comunales, a veces mediante formas colectivas de trabajo.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

- El tiempo es cíclico y se expresa en todos los procesos sociales y naturales.
- La vida es un curso donde las circunstancias se explican dentro de procesos históricos más amplios.
- Los principios morales de existencia son Ama Kella (sé laborioso), Ama Sua (sé honesto), Ama Llulla (sé veraz) y Ama Hap'a (sé fiel y leal).
- El idioma funciona como aglutinante y signo de identidad que expresa un pensamiento social propio

El Sistema de salud tradicional andino puede ser descrito con los siguientes componentes:⁴¹

1. **Aparato conceptual:** la salud y bienestar es un estado de equilibrio entre lo cálido y frío. El cambio repentino de temperatura produce la enfermedad o malestar. Otro componente es el pensamiento animista o pensamiento seminal, todo tiene vida o alma, así, la tierra es nuestra madre y fuente de vida, los cerros son protectores o Apus. Existen percepciones mágicas de la existencia de seres que pueblan la naturaleza, un submundo donde se encuentran los muertos que pueden afectar la salud en ciertas circunstancias.

2. **Metodología de explicación e intervención:** la cultura tradicional andina explica la vida, la enfermedad y la salud, en relación con los dioses y poderes de la tierra, los cerros, el aire o el agua, a quienes entiende como animados y superiores. Los curanderos tienen como criterio para explicar una enfermedad el descubrir la falta con lo sagrado, el hecho que rompió el equilibrio, todo esto mediante un proceso de “sorteo” o lectura en hojas de coca, en granos de maíz o en el estado del tiempo.

3. **Agentes tradicionales de salud:** en el sistema de salud tradicional se puede reconocer diversos agentes tradicionales de salud, éstos tienen un origen mágico y sagrado, la presencia de una alteración física o deformidad puede ser interpretada como una señal de ser sanador, en consecuencia, asumen su función como un don y un servicio. Esta función la suelen ejercer de por vida. A veces se establece la herencia de sus conocimientos hacia los familiares cercanos.

4. **Tecnología de curación:** los criterios de curación son coherentes con las explicaciones que dan a las enfermedades. El uso de plantas medicinales, suele tener alguna eficacia verificable desde el punto de vista científico, pero el criterio de uso tradicional es su calidad de fresca, templada o cálida, hembra o macho



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

o por el lugar de recolección de las plantas. En otros casos se indican rituales que suelen comprometer a la familia como el “pago a la tierra”.

Manuel Núñez Butrón (MNB) estaba formado en un **sistema cultural diferente**, el **científico moderno**. El sistema médico moderno considera que la vida y la salud son procesos biológicos fundamentalmente, las enfermedades se explican por mecanismos: infeccioso, degenerativo, metabólico, inmunológico o genético. Sus conocimientos son racionales, objetivos y verificables empíricamente, implica la identificación de la etiología (relación causa-efecto). Los agentes sanadores se forman académicamente y de forma especializada, ofrecen sus servicios en un mercado o en instituciones públicas, sus recursos terapéuticos básicos son los fármacos y la cirugía⁴¹.

En la década de los años 30, la ciencia médica mundial había avanzado gigantescamente con la teoría infecciosa y la fabricación de vacunas de creciente eficacia. El uso de los antibióticos era aún incipiente e inaccesible para las poblaciones pobres como las andinas. Luego, era más práctico asumir la prevención como principal estrategia de salud, pero, la higiene, el baño del cuerpo y el corte de los cabellos, que promovía Manuel Núñez Butrón, entraban en conflicto con las concepciones tradicionales de los indios. Pero Manuel Núñez Butrón logra que masivamente los comuneros, hombres y mujeres, se bañen, usen el jabón y el peine. Logró un encuentro entre ambos sistemas de salud, en momentos de escaso sincretismo entre lo moderno y lo tradicional. Nuestra sugerencia es que Manuel Núñez Butrón logró un **sincretismo cultural pragmático superficial**, por la ruta de la autoridad o liderazgo, derivada de su identificación como un sabio inca. (Anexos 12, 14, 16)

LAS TENSIONES ENTRE LA MEDICINA TRADICIONAL ANDINA Y LA MEDICINA MODERNA

La existencia de dos sistemas de salud, el moderno y el tradicional andino, en quienes se reconoce diferencias sustantivas, hace necesario discutir los niveles de estas relaciones y tensiones^{lxxi}.

La posición universalista clásica propondría la necesidad y posibilidad de una cultura universal y homogénea. Por lo tanto sería deseable una sola forma de medicina, la llamada moderna o científica. Las otras formas de medicina, que son expresiones de culturas tradicionales, serían percibidas como atrasadas y limitadas. Supone que, como resultado del proceso de modernización de la sociedad, se irán extinguiendo espontáneamente por el avance de la educación, la extensión de los medios de comunicación, del sistema oficial de salud y los beneficios evidentes de la ciencia.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

Cuando se ha intentado intervenir sobre un grupo humano para modificar su cultura, sus valores, sus prácticas sociales, incluso con “buenas intenciones”; la experiencia mundial nos documenta que han fracasado o traído destrucción de estos grupos, generalmente minoritarios (etnocidio).

Reconocemos que no existe una cultura universal como tal, pero sí existirían progresivamente algunas adquisiciones universales o aproximaciones a ellas, que pueden sostenerse como necesarias, pues existen diferentes niveles de contacto entre los grupos humanos que permiten reconocer los aspectos comunes o beneficiosos. Luego, es posible plantear el libre encuentro intercultural, que no afecte la dignidad e identidad cultural.

Cada sistema de salud pretende ser norma para los otros, porque se asume universalmente correcto y superior. Para la medicina científica sólo es válido aquello que pasa a través del tamiz racional de la ciencia moderna. Esta racionalidad define qué es salud y enfermedad, produce una explicación y tecnologías de intervención coherentes.

La autonomía cultural reconocería en los grupos étnicos o sociedades, la legitimidad de sus propios conceptos sobre salud y enfermedad, sobre qué es adecuado como procedimientos frente a alteraciones de la salud. La autonomía cultural llevaría a respetar las identidades y los proyectos sociales propios, pero tendría el riesgo de exclusión de los servicios a las minorías.

Importantes sectores de la población peruana son portadores de un pensamiento y actitudes tradicionales andinas en salud, pero todo ello suele ser desconocido y hasta denigrado. La población tradicional, ante este trato, generalmente decide ocultar sus pensamientos, pues necesita acceder a algunas condiciones mínimas de la sociedad actual moderna, como son los servicios de salud oficiales.

LA IDENTIDAD CULTURAL DE MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN (MNB)

Manuel Núñez Butrón se autodefinía como indio, que había alcanzado y asumido una alta formación en la ciencia médica para el servicio de su gente. Esta identificación implicaba un compromiso con la situación social, moral y de salud del indio. Para ello, se instala en el mismo ámbito y desarrolla estrategias para mejorar la salud de su población. Además, podemos añadir que Manuel Núñez Butrón, a pesar de la profunda exclusión del ámbito andino y del indio en esos tiempos, se sintió peruano, dispuesto a llamar la atención hacia el indio, como un peruano más.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

La revista Runa Soncco, más que un boletín sanitario, es la voz del indio a través de Manuel Núñez Butrón: “Es el periódico de los indios y para los indios,... en la mayor parte de Runa Soncco nosotros éramos simples traductores” (Runa Soncco N° 10), quien asume esta voz desde la perspectiva de la salud y desde la altipampa. La revista está dirigida sobre todo al resto de la sociedad, a las clases intelectuales y políticas. Muestra diversas facetas de la vida y del pensamiento del indio para que ocupen un lugar en la consciencia del país centralista. Un signo de esto lo podemos observar también en sus esfuerzos por destacar los símbolos patrios, para que se conozca el Himno Nacional, incluso de su traducción al Quechua y Aymara que promueve. (Anexo 15)

Bajo el título “Impresiones de un indio”^{lxxii} (Anexo 11), Manuel Núñez Butrón narra de manera irónica el vicio generalizado del racismo de muchos peruanos, que experimentó en carne propia, cuando lo despreciaban por su origen o procedencia: “Me llamaban misti, luego era indio”, de acuerdo al espacio donde emigraba. Pero, luego de sus vivencias en Barcelona, consolida su plena identidad con la cultura del indio peruano.

Sus vivencias en Saman y luego en Puno, donde pasó la infancia y adolescencia, le dieron su herencia social y formó su cultura, la cual nunca desconoció. Su viaje a España, para proseguir sus estudios de Medicina en Barcelona, posiblemente financiado por su padre^{lxxiii}, le ampliaron la perspectiva pues observó con la distancia, lo común que tiene los peruanos, además, en España sintió el respeto y tolerancia a su procedencia.

Manuel Núñez Butrón (MNB) asume que la nación peruana es india “Los que no saben que lo son, dignos de lástima, Esos son los indios que muchas veces creen insultar con el calificativo de indio, sin saber que el calificativo es para ello también” y termina: “No hay duda que es un gran secreto el conocerse a si mismo”⁶⁸, como él lo hace al identificarse. Esta es una de las razones por que es uno de los animadores de la celebración del Día del indio, el 24 de junio, donde moviliza a la población e incentiva los valores culturales originarios.(Anexo14)

Manuel Núñez Butrón (MNB) asumió los valores andinos de reciprocidad para organizar y extender las acciones educativas. Su auténtica identificación con los valores culturales y la situación social de la población fue el pilar para desarrollar estrategias nuevas sanitarias. “Yo soy un indio como tú, sólo que uso saco y corbata”, era una de sus expresiones⁶⁹. Este concepto sólo lo pueden tener quienes poseen profundamente una formación cultural, quienes, a pesar de tener experiencias en culturas diferentes y



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

dominantes, donde se sienten extraños, hacen resistencia cultural y un sincretismo limitado. Ellos son los que finalmente regresan a sus terruños, donde se sienten seguros y felices. Esta fue la experiencia de Arguedas: “A mí me echaron por encima de ese muro, un tiempo, cuando era niño; me lanzaron en esa morada donde la ternura es más intensa que el odio y donde, por eso mismo, el odio no es perturbador sino fuego que impulsa.”⁵²

LAS ESTRATEGIAS INTERCULTURALES DE MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN (MNB)

Desde su regreso de Barcelona a Puno (1925), Manuel Núñez Butrón transita por varias ciudades y establecimientos de salud (Azángaro, Huancané, Chucuito, Lampa) hasta que se establece en la provincia de San Román (1933 – 1937, 1943 - 1949), que siempre fue su aspiración. Es aquí donde despliega sus ideas y se constituye lo que se conoce como la doctrina del Rijcharismo, su obra central.

Entre 1925 y 1933, las actividades que realizó lo conectaron directamente con pensadores como Gamaliel Churata y José Antonio Encinas, entre otros, que constituían el movimiento cultural llamado “indigenismo”. También tuvo contacto con los escritos de José Carlos Mariátegui y la nueva literatura peruana como la de César Vallejo y José María Arguedas. Posiblemente estos contactos le ayudaron a perfilar los fines que tenía que darle a su trabajo como médico.

Manuel Núñez Butrón (MNB) reconoce la resistencia del pensamiento tradicional a la medicina moderna y pretende acercar ambas culturas. Durante los siglos de la colonia fueron las prácticas y agentes tradicionales de salud quienes atendieron a la población indígena, con obvias limitaciones frente a las infecciones, las parasitosis y otras enfermedades endémicas y graves entre la población. Manuel Núñez Butrón conoce la eficacia de la medicina occidental en que se ha formado en Lima y en Barcelona. Es crítico de algunas creencias tradicionales sobre la enfermedad por su ineficacia y afirma la ciencia como se lee en una carátula de Runa Soncco: “Richarysunna aprendiendo a leer y escribir porque la Ciencia nos espera para que seamos grandes” (Runa Soncco N° 4).

Las principales estrategias de Manuel Núñez Butrón (MNB) fue la educación y la participación comunitaria, pero evidentemente la educación no puede cambiar inmediatamente aquello que tiene una base en la identidad cultural. Las personas portan en su consciencia diversas concepciones de cada enfermedad, de las vacunas, de la gestación, de los tratamientos, entre otros. Es un error pretender que la educación sanitaria resuelva un complejo de problemas, cuyos mecanismos de determinación se encuentran en otros niveles como: las condiciones de vida, la cultura tradicional y los intereses vitales. (Anexo13)



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

Manuel Núñez Butrón (MNB) pone grandes esfuerzos en la educación de promotores de salud y directamente de la población mediante las asambleas. Su verbo era afectuoso, insistente en comparar los beneficios de nuevas prácticas de vida y de salud. No eran exposiciones académicas o técnicas, sino eran llamados a la conciencia para el cambio. Llama a la población para que ellos mismos asuman la responsabilidad de cuidar su salud. Intenta diversas estrategias educativas como las demostraciones, el teatro, la música y la poesía. Se comunica en Quechua, Aymara y Castellano. Describe el mecanismo de infección y la etiología infecciosa de las enfermedades. (Anexo12)

Manuel Núñez Butrón (MNB) hace grandes esfuerzos por la educación racional y afectiva, directa por él mismo y a través de sus Rijcharis, incluso, la revista Runa Soncco es insistente en explicar los beneficios de la ciencia médica. (Anexo10)

Ante la resistencia de los indios para recibir las vacunas a pesar de sus explicaciones, priorizó el objetivo pragmático y logró que se vacunaran, afirmando que las vacunas curaban todas las enfermedades. Igualmente, para que la población indígena se bañe, use el jabón, se corte de cabello, lave periódicamente las ropas de sanos y de enfermos, no lo logró por simple explicación o invitación, Manuel Núñez Butrón recurrió a su autoridad carismática, incluso con al apoyo de las fuerzas policiales que ayudaban en el orden. (Anexo 14).

En 1896 se promulgó la Ley de vacunación obligatoria en toda la república, igualmente hubo acciones para el control de la peste bubónica a nivel nacional en las primeras décadas del siglo XX. Pero se presentaron grandes dificultades logísticas para hacerlas efectivas en zonas rurales⁴⁸. A lo anterior se sumó la resistencia de la población a las intervenciones sanitarias, ya sea porque afectaba algunos intereses económicos debido a los controles sanitarios de puertos, molinos, almacenes y otros, por las dudas sobre la eficacia de la ciencia debido a veces a los efectos secundarios o no deseados, a la aún incipiente autoridad del médico frente al prestigio de los curanderos, o por contradicciones con sus costumbres relacionadas al cuidado de los enfermos y el entierro de sus muertos³⁵.

Las “Brigadas Rurales Sanitarias Rijcharis” se reunían con el pueblo en asambleas dominicales, donde se explicaba por diversos medios las causas y los riesgos de las enfermedades, se daban las indicaciones y planificaban las campañas. Las largas colas que se ven en algunas fotografías demostrarían el efecto de sus estrategias. (Anexos 10 12,13,14).



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

Algunos autores han sostenido que en los primeros años del siglo XX, la introducción de algunos procedimientos científicos como las vacunas, fue de manera autoritaria de parte del Estado, y dentro de esta característica incluyen a Manuel Núñez Butrón. Consideramos que las acciones de higiene, las vacunaciones y las campañas que realizó Manuel Núñez Butrón fueron **paternalistas** hacia la población, pero, a diferencia del autoritarismo del Estado y de la ciencia que asume sus normas como obligatorias y superiores³⁶, Manuel Núñez Butrón estaba motivado por su identidad y afecto hacia estas poblaciones, buscaba explicar y convencer, así como organizar la **participación comunitaria**. Manuel Núñez Butrón no tenía los medios formales para imponer las vacunas o la higiene y de haberlo hecho, fácilmente hubiera recibido el rechazo de la población.

La definición de **paternalismo** que estamos usando proviene del campo de la política: “Es el manejo de un país como lo haría un padre de familia, esto es, de manera generosa, pragmática y elemental. Constituye un rezago del pasado monárquico en que algunos reyes bondadosos trataban como a hijos menores de edad a sus súbditos, velaban por su seguridad e impartían justicia... la benevolencia suplanta al derecho”^{xxiv}.

La conducta de Manuel Núñez Butrón no es la negación o deslegitimización de la cultura tradicional andina, sino de un conocimiento y comprensión. Progresivamente amplía sus estrategias para comunicar y difundir ideas básicas preventivas y particularmente para lograr que la población reciba las vacunas disponibles o las medidas de higiene que promueve: “La sanidad Rijchary, estudia la psicología de los habitantes del medio y cuando ha conseguido convencer con sus propias ideas son los necesitados quienes vienen en busca de la ciencia. Es conciencia sanitaria que busca el Rijcharismo es la que tiene más valor que la imposición que ahuyenta al que ignora el valor del bien” (Runa Soncco” N° 10, 1948).

Manuel Núñez Butrón reconoce la fragilidad de estas prácticas obtenidas de esta forma. Ello lo verifica cuando regresa luego de su destierro en Huancavelica y Ayacucho por casi 2 años, Manuel Núñez Butrón escribe: “*A nuestra vuelta nos convencimos que un cincuenta por ciento no había olvidado lo que se le enseñó. El otro cincuenta por ciento, se dejó dominar por los amigos del alcohol, del piojo y del pleito*”

Pero Manuel Núñez Butrón desarrolla paralelamente otras estrategias de mayor consistencia y sostenibles: funda las “**Escuelas Sanitarias**”, en donde se enseñaba a leer, escribir y el idioma español, Quechua y Aymara. (Anexo 13)



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

Se acercó a los curanderos y reconociendo su alta confianza en la población los trata de captar para realizar algunas tareas como la vacunación contra la letal viruela. David Frisancho apunta con entusiasmo que: “Núñez Butrón con mucha perspicacia comenzó a trabajar con los curanderos indios, daba aprobación a sus prácticas, en esa forma ganaba su confianza, para posteriormente aprovechar el poder subjetivo y la influencia desatada contra la medicina científica. Para conquistarlos los llevaba a su casa, les daba de comer y les regalaba ropa limpia. Al poco tiempo estos curanderos estaban transformados y convertidos en apóstoles de la medicina. Ellos eran los mejores portavoces del evangelio sanitario, porque a ellos si podían creerles a los otros indios, estos curanderos fueron los primeros Rijcharis”^{lxxv}. (Anexo 10)

La captación como Rijcharis de maestros, de líderes religiosos adventistas y de licenciados del ejército, se debió a que éstos tenían mayor acercamiento a la cultura moderna, sus motivaciones morales y liderazgo social. Después de su capacitación cada Rijchari recibía un brazalete de la Cruz Roja un documento que le acreditaba su nombramiento. Manuel Núñez Butrón tenía una valoración idealizada y romántica de los Rijcharis, que expresaría los ideales de su doctrina: “Se paraban sobre un muro y allí como locos llamaban la atención a quienes vivían ahí. Al principio sólo acudían los perros, después los niños y por último los adultos. El sanitario los hacía lavar, los vacunaba y les rasuraba el cabello. En esa forma aumentaba las filas del Rijcharismo” (Runa Soncco N° 10). (Anexo 17)

La evidencia de los textos, de los biógrafos y fotografías nos muestra que los Rijcharis eran varones porque la sociedad andina era patriarcal y las mujeres parecían rezagadas en su formación en la escuela y limitada a las labores domésticas y familiares, pero a pesar de eso se ve en las fotos la participación activa de la mujer. (Anexo 18)

En Runa Soncco N° 10, publicado en 1948, hace referencia que la directiva de los Rijcharis de 1937 incluía como vice presidenta a Josefa Aquino, así como en alguna fotografía donde se observa a una mujer, se subtitula como “Mujer Rijchari”; pero también menciona como “Niños Rijcharis” en una narración donde los niños cuentan cómo cazan aves (Runa Soncco N° 4, 1935). Lo anterior nos puede sugerir que Manuel Núñez Butrón denominaba también Rijcharis a quienes habían “despertado” y mostraban una nueva actitud positiva hacia su vida y su salud.

Manuel Núñez Butrón levanta una identidad cultural andina tradicional, pero sin negar la pertenencia al país y un Estado, por ello incluye y alienta el reconocimiento de la bandera e himnos nacionales, hace traducir al Quechua y al Aymara el Himno Nacional. En la revista “Runa Soncco” como en los eventos que organizaba, insistía en ser parte del país, aunque éste les era distante y ajeno. (Anexo 15)



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

En su doctrina el Rijcharismo se incluían valores sociales que enfrentaban algunos vicios que para Manuel Núñez Butrón eran signos de deterioro social y moral del indio, como ocurrió en otras naciones dominadas por los colonialistas. Manuel Núñez Butrón retoma los principios del Tawantinsuyo de: Ama Kella, Ama Llulla y Ama Sua. Cuestiona con dureza el vicio del alcohol y del chacchado de coca, incluso denuncia lo dañino de las ciudades donde las tiendas venden alcohol⁶⁷. Estos fines coincidieron con los valores que promovían los grupos religiosos adventistas que estaban asentados en la zona, quienes a través de sus pastores visitaban a las familias, antes de la llegada de Manuel Núñez Butrón. Los adventistas también se interesaron en la fundación de escuelas primarias para los indios³⁶.

LA INTERCULTURALIDAD EN SALUD

El proceso de comprensión y definición de las relaciones entre culturas diferentes han sido difícil y aún no ha llegado a un punto de estabilidad. Hasta hace algunas décadas se diferenciaban los grupos humanos por el concepto de raza, que terminó siendo reducido a un asunto de color de piel y algunos rasgos físicos. La identificación de las diferencias culturales tuvo el sesgo del etnocentrismo o de la jerarquización de las mismas. El Perú tiene la tara un racismo que excluye especialmente al indígena, al andino, al campesino o al quechua.

Actualmente el concepto de interculturalidad se refiere a la interacción entre dos o más culturas de un modo horizontal y sinérgico, reconociendo que algunas pueden ser más o menos extendidas o mayoritarias. Supone que no existen culturas superiores o mejores, como sostiene la modernidad. Crea condiciones para el diálogo o encuentro para la convivencia respetuosa y tolerante de todos los individuos. Esto es diferente a la propuesta etnocentrista de los principios de Atención Primaria de la Salud donde se refiere a recurrir a “personas que practican las medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud...”⁴⁰. La labor de Manuel Núñez Butrón se asemeja a esta posición pero con un carácter paternalista y de identificación sustantiva con el pensamiento andino de estos tiempos.

Cabe resaltar que este tipo de relaciones interculturales supone el respeto hacia la diversidad; aunque es inevitable el desarrollo de conflictos, éstos se resuelven a través del respeto, el diálogo y la concertación.

En salud, se asume que la ciencia moderna es superior a los saberes tradicionales. Confunden el sistema tradicional andino de salud con las prácticas de charlatanes, estafadores o simples comerciantes de productos naturales o naturistas.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

Actualmente La confrontación entre estos los sistemas de salud tradicional y moderno, se ha hecho visible y su tratamiento se da en el marco de la estrategia de interculturalidad en salud, que tiene carácter oficial. Todo ello tiene un desarrollo aún incipiente y, según nuestra opinión, con algunas limitaciones conceptuales.

El concepto de interculturalidad surgió como una respuesta al movimiento homogenizador de la cultura dominante. Se pretendía eliminar la desigualdad en los intercambios culturales, pero no los intercambios mismos, lo cual, además, es imposible. Implica reconocer la sociedad como multiétnica, pluricultural y multilingüe, como una necesidad para superar la exclusión y marginación históricas de sectores sociales^{lxxvi}. “La interculturalidad supone que los diferentes grupos se constituyen como tales en su interacción mutua... define menos un campo comparativo en el que se contrastan entidades cerradas ya constituidas, que un campo interactivo donde esas entidades se constituyen y acceden a la conciencia de sí mismas y a su propia identidad... desborda los marcos de la problemática educativa e ingresa al debate sobre la diversidad cultural... la interculturalidad sólo puede plasmarse entre ciudadanos con iguales derechos. La perspectiva ha cambiado radicalmente pues hoy día no pasa por buscar la aculturación homogenizadora ni el respeto al ‘buen salvaje’ sino por la construcción de un Nosotros diverso, reivindicando el derecho de unos y otros a la igualdad y a la diferencia. Derecho a la igualdad, no como sinónimo de uniformidad sino como superación de la existencia de seres humanos de primera y de segunda categoría⁶⁷.

Las personas actúan más movidas por sus creencias y concepciones culturales, antes que por sus conocimientos racionales o científicos. La **cultura** es una herencia social y espiritual que está profundamente grabada en la consciencia de las personas, le otorga identidad a los grupos sociales y su modificación se da por largos y complejos procesos colectivos. La **Medicina** es una forma de la cultura y por ello responde a su origen social.

Esta cultura puede ser modificada no necesariamente por la acción de la tecnología educativa. Responde principalmente a la historia social, la relación con la naturaleza y la relación con otros grupos sociales. Aunque predomina la resistencia cultural, algunos procesos de cambios, como el sincretismo y hasta la transculturación, pueden darse en el contacto con otras culturas. La educación formal, los medios de comunicación masiva y otras, son formas de contacto con otras culturas. La cuestión central se ubica en la libertad y respeto de este encuentro cultural.

En el Perú, desde el año 2005 funciona el Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI), órgano técnico normativo del Instituto Nacional de Salud (INS), dependencia del Ministerio de Salud (MINSA).



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

Tiene como objetivo proponer políticas y normas en salud intercultural, así como promover el desarrollo de la investigación, docencia, programas y servicios, transferencia tecnológica y la integración de la medicina tradicional, medicina alternativa y medicina complementaria con la medicina académica, para contribuir a mejorar el nivel de salud de la población. Sus objetivos son: desarrollar en el ámbito nacional las actividades de investigación, transferencia tecnológica, docencia, capacitación, proyectos, programas y servicios de la medicina tradicional en todos los niveles educativos y de educación médica continua y, promover la revaloración de la medicina tradicional, orientándola hacia la población, respetando sus prácticas tradicionales^{lxxvii}.

La actual Política de Salud Intercultural en el Perú incluye:

- Promoción del derecho a la salud, la inclusión social y la equidad en los servicios de salud para los pueblos indígenas, andinos, amazónicos, afroperuanos y asiático peruanos en la prestación de servicios de salud.
- Promoción de la Medicina Tradicional y su articulación con la Medicina convencional.
- Fortalecimiento de capacidades de los recursos humanos en salud intercultural.

D. Fortalecimiento de la identidad cultural y participación de los pueblos andinos, amazónicos, afroperuanos y asiático peruanos en los servicios de salud.

LA IDENTIDAD SANITARIA DE MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN (MNB) FUE DE MEDICINA COMUNITARIA

¿Manuel Núñez Butrón (MNB) fue original en su doctrina y estrategias, fue parte del movimiento de Medicina Social?

La identificación sanitaria de Manuel Núñez Butrón ha sido, general y oficialmente, como practicante del movimiento de Medicina Social. Los argumentos se basan en el trabajo directo con la población y por su consideración de los aspectos sociales de la salud como son las costumbres comunitarias, las relaciones sociales y éticas. Pero la Medicina Social es un paradigma diferente a la obra de Manuel Núñez Butrón.

LA MEDICINA SOCIAL

En el siglo XIX la economía capitalista revoluciona con la aparición de la máquina haciéndose más productiva e industrial. Se extiende por Europa con sobreexplotación de los trabajadores, las mujeres y los



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

niños, con jornadas de trabajo de 16 horas y sin respeto a la dignidad humana y la seguridad laboral. Las nuevas industrias atraen a la población rural y ésta se concentra en las cercanías de las fábricas en improvisadas ciudades, las cuales crecían de manera desordenada, con hacinamiento y sin servicios de saneamiento básico. Los desechos domésticos y humanos se arrojan a la vía pública o a los ríos cercanos⁵.

La vida social y política era clasista, donde los propietarios de las crecientes industrias imponían las condiciones laborales, guiadas por el pensamiento liberal de **Adam Smith** (1723 – 1790): la libertad como el principal valor y el lucro como la mayor motivación de la conducta humana y ordenador social. La iglesia cristiana católica, muy poderosa cultural, política y económicamente, persistía en sus concepciones antiguas sobre el origen divino del mundo, de la vida y del hombre. Instituyen el Oficio de la Inquisición para acosar, entre otros, a los revolucionarios científicos de pensamiento moderno como **Galileo Galilei**. La iglesia reclama templanza y paciencia al pueblo, desarrolla mayor control de la educación evangelizadora de la infancia y de nivel superior, con un enfoque escolástico.

En el campo de la Medicina, la explicación infecciosa de algunas enfermedades y la fisiología en general, eran incipientes. Los conceptos hipocráticos y galénicos eran aún dominantes pero rivalizaban con las prácticas tradicionales mágicas, muy extendidas en la población.

El paradigma de Medicina Social surge en la segunda mitad del siglo XIX en Europa, en sectores intelectuales de crítica al sistema económico y social, que se indignan por la abusiva explotación del obrero en las fábricas y por la indolencia del Estado ante la insalubridad de las ciudades.

Destaca la participación y aportes de los alemanes **Salomón Neumann** (1819 – 1908) y **Rudolf Virchow** (1821-1902). Sostenían que las condiciones de vida, de trabajo, la pobreza, el hambre y la miseria, actuaban sobre las condiciones biológicas y físicas, y se expresaban en la salud o la enfermedad. Afirmaban que las condiciones atmosféricas y cósmicas no causaban epidemias por sí mismas, sino que eran debidas a la situación social en que la gente vivía⁵. Estas posiciones cuestionaban las tendencias a explicar a las enfermedades principalmente por la acción de los gérmenes. Sustentaron sus ideas con estadística donde se mostraban diferentes perfiles de salud – enfermedad en diferentes estratos económicos y sociales de la población. En general el ámbito donde estudia e interviene este movimiento es el urbano, no hemos encontrado referencias directas a la situación de los campesinos, que aún eran la mayoría de la población, derivados del modelo económico feudal.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

En consecuencia, las estrategias de la Medicina Social se dirigían al nivel político y al Estado, exigiendo reformas laborales y en las condiciones materiales de vida de la población; incluían también: la atención médica para el indigente, el derecho al trabajo, la higiene y la seguridad laboral. Pero otros pensadores ponían más énfasis en el cambio de la conducta de las personas a través de la educación sanitaria.

Virchow sintetiza las relaciones de la medicina con los problemas sociales en la frase: “La **medicina** es una ciencia social, y la **política** no es más que medicina en gran escala”. Atribuía la epidemia de fiebre tifoidea de 1879 a un conjunto de factores sociales y económicos y en consecuencia esperaba poco de cualquier tratamiento exclusivamente médico, como sostenían los bacteriólogos. Proponía, en cambio, reformas sociales radicales, que en general comprendían: “democracia completa y sin restricciones”, educación, libertad y prosperidad^{lxviii}.

Su movimiento se extendió por toda Europa y se expresó no sólo en manifiestos, sino también en investigaciones, en luchas reivindicativas y políticas del proletariado que lograron reducir la jornada de trabajo, mejorar las condiciones laborales para las gestantes, la prohibición del trabajo infantil y la inversión estatal en saneamiento básico. Otro impacto fue la creación de la Seguridad Social en Alemania, en la época del Canciller **Otto von Bismarck**, con la Ley del Seguro de Enfermedad, en 1883, el primero en la historia mundial.

Quizá también este fue el origen más definido de la Salud Pública como ciencia que enfrenta la salud como un asunto de colectividades y que requiere una intervención de políticas de Estado. De este paradigma se desprendía la necesidad de investigar la distribución de las enfermedades y la mortalidad por estrato social, donde se observaba la estratificación del perfil epidemiológico según las clases sociales. A esto contribuyeron los estudios de **John Snow** (Inglaterra 1813 – 1858), padre de la epidemiología moderna, al demostrar en 1854 que el cólera era causado por el consumo de aguas contaminadas con materias fecales, la clausura de esta fuente de agua disminuyó los casos de la enfermedad.

En el momento de mayor auge del triunfo de la bacteriología, el interés por la importancia de las condiciones sociales en las causas de las enfermedades hizo reaccionar a varios médicos en contra del enfoque bacteriológico exagerado. Mientras los fundadores de la **Medicina Social** ponían el énfasis en las reformas políticas a gran escala, surgieron otros que se concentraron en las conductas de las personas como las responsables de la mayoría de problemas de salud. Este enfoque se organizó en el concepto de “higiene”, que ahora sería equivalente a la prevención y su nivel era el personal, que ahora sería el equivalente a “los estilos de vida”.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

El movimiento higienista español participó desde sus inicios de los avances en materia de higiene científica que se produjeron en Europa, a partir del triunfo de los bacteriólogos sobre los miasmáticos. Gran parte de las actividades humanas cotidianas fueron dotadas de un cuerpo legislativo basado en la higiene^{lxxix}. La estrategia fue conectar la higiene con la educación, así como con criterios de conducta moral. Se pensaba que la mejora de las condiciones de vida, higiénicas y escolares, en especial de la clase trabajadora, tendría gran impacto social y económico. La confluencia entre medicina, higiene y escuela se hizo necesaria y por este medio llegar a las familias y a los padres. En 1922 se celebra el I Congreso Nacional de Higiene y Saneamiento de la Población en España y en 1923 se aprueban nuevos reglamentos técnico-higiénicas para la construcción de escuelas^{lxxx,lxxxi}.

Eduard Reich (1836 – 1919) escribió “System der Higiene”, que apareció en dos volúmenes en 1870-1871. Ofrece una presentación bien estructurada del campo de la higiene, como los principios cuya aplicación se propone mantener tanto la salud como la moral social, eliminar las causas de la enfermedad, y ennoblecer al hombre tanto física como moralmente. Estableció cuatro ramas: la higiene moral, la higiene social, la higiene dietética y la policía sanitaria. Dentro de estas categorías, inició la exploración de la experiencia humana, tanto la personal como la social, en la medida en que se relacionan con la salud^{lxxxii}.

La higiene tiene que ver con el hombre como un todo, ya sea como individuo, ya sea como se manifiesta en la familia y en la sociedad; tiene que ver con el hombre en todas sus condiciones y relaciones. En consecuencia, la higiene comprende el mundo moral y el físico y colabora con todas las ciencias cuyo objeto es el estudio del hombre y de su medio.

La higiene o la teoría de la salud y del bienestar, es la filosofía, la ciencia y el aire de la vida saludable para el individuo, la sociedad y el Estado.

Por medio de las estadísticas hace un seguimiento de los fenómenos de la vida social, estudia la población en sus diversos estados, observa el matrimonio, estudia el trabajo, y desciende hasta ese cenagal de abatimiento que es la pobreza, pero no para llevar un consuelo vacío, sino más bien para ayudar y para salvar, para **fortalecer al cansado y despertarlo a una nueva vida**, y para apoyar por medio de la caridad a los que no puedan valerse por sí mismos.

Para llegar a su meta, **Reich** abogaba por la **autogestión y la acción cooperativa**, de amplia aceptación en su época y era un ardiente partidario de la **educación sanitaria para todas las edades y clases sociales**.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

Por otro lado, **Max von Pettenkofer**, en 1879 inauguró el “Instituto para la Higiene de Múnich”. En 1892 sostuvo que no sólo los bacilos eran los causantes de la epidemia de cólera sino que eran muy importantes las condiciones higiénicas; que el contagio necesita de: un germen específico, un suelo descompuesto y una sustancia tóxica, y que un factor primordial para prevenir la enfermedad era beber agua limpia^{lxxxiii}.

Otros afirmaban que los funcionarios de salud debían preocuparse por la prevención. **Rumsey** insistía en que el funcionario de salud debería ser el consejero sanitario de los pobres mediante visitas en sus hogares. Confiaban en que la educación podía grabar en las mentes de las personas los riesgos del alcohol por ejemplo actuar como un misionero de la salud, en las parroquias y dirigirse a las clases trabajadoras⁷⁵.

Manuel Núñez Butrón entre 1920 – 1924 estudió la asignatura de Higiene en Barcelona, como parte de su formación médica. También observamos que las demás asignaturas son de ciencias básicas y formación clínica, pero no incluyen a la microbiología o bacteriología. A pesar de ello, podemos pensar que recibió las influencias de los pensadores de la Medicina Social en Europa y España, específicamente en su versión higienista, de la corriente que ponía énfasis en las conductas y la moral de las personas, que incentivaba la intervención mediante la **educación y la participación social o comunitaria**, que definía al **médico** como un **apóstol de la higiene o prevención**. Las anteriores ideas, ubicaban la atención en el nivel personal y no al macro político, de las grandes reformas sociales desde el Estado. Un signo de esta identificación la podemos encontrar en que Manuel Núñez Butrón fue reconocido por la revista Medicina Social, editada en Lima, “que consideraba a la medicina social como un apostolado que cubriría las carencias de la sanidad oficial”, que llegó a ser miembro de la Sociedad de Higiene y Medicina Social de la Argentina³⁶. (Anexo 3)

Al parecer de Manuel Núñez Butrón no asumió el poderoso movimiento político que recorría Europa luego del triunfo de la Revolución Rusa en 1917, el cual podía fácilmente encontrar coincidencias con el pensamiento de Medicina Social, que sí lo hizo en América Latina.

En el siguiente cuadro hemos organizado comparativamente los conceptos de Medicina Social de **Virchow y Neumann** con el Rjcharismo de Manuel Núñez Butrón:

MEDICINA SOCIAL	RIJCHARISMO
Las infecciones y epidemias se atribuyen a factores sociales, económicos y políticos, así como a factores biológicos y físicos, el punto de vista sólo bacteriológico es limitado.	Las infecciones tienen una etiología microbiológica que se transmiten por deficiente higiene.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

La medicina es una ciencia social, y la política no es más que medicina en gran escala.	La medicina es un servicio y apostolado, se ejerce directamente con la población.
La salud del pueblo es un problema que concierne a toda la sociedad. El Estado tiene la obligación de asegurar la salud.	La salud tiene como responsabilidad a las personas y a la familia.
Es deber del Estado entregar los medios para mantener y promover la salud y la educación.	
Las condiciones sociales y económicas deben investigarse y documentarse con estadística, para tomar las medidas apropiadas.	
El Estado tiene el derecho y obligación de interferir la libertad individual en interés de la salud.	El médico puede imponer algunas conductas por el bien social.
Atención médica al indigente y a los pobres, profilaxis social, derecho al trabajo.	Opción por los indios postergados.
Leyes que regulen las condiciones de trabajo, límite de la jornada de trabajo, reducción en ocupaciones peligrosas y de gestantes, no al trabajo infantil, estándares de ventilación, prevención de intoxicación industrial	
Además de la pobreza, la causa fundamental era la ignorancia, la falta de orden, libertinaje e intemperancia, la decadencia física y moral.	La conducta inadecuada y la moral del indio (alcoholismo, pleitos), eran causas decisivas.
Proteger al trabajador de la explotación, salario más alto, mejor vivienda, nutrición y la disminución de males como el alcoholismo.	No seas mentiroso, no seas flojo, no seas ladrón, no estés en pleitos, ni andes sucio.

La actual Medicina Social latinoamericana se desarrolla en los años 60, cuando grupos de académicos, practicantes e investigadores del campo de la salud, se unen a los movimientos de trabajadores, de estudiantes y organizaciones populares, críticos del modelo económico desarrollista, implementado en América Latina. Cuestionaron que la Salud Pública de esos tiempos, afirmara que el crecimiento económico debería llevar a un mejoramiento general de la salud^{lxxxiv}.

A pesar de que las economías latinoamericanas crecían, los indicadores de salud empeoraron. Los efectos de las políticas del Estado de bienestar que precedieron al modelo desarrollista, fueron debilitados por éste. Las desigualdades sociales ante la enfermedad y la muerte se hicieron más visibles, las relaciones entre clase social y problemas de salud se hicieron evidentes. Esta realidad exigía nuevos enfoques teóricos y metodológicos que los proporcionó el movimiento de la medicina social.



En los años 70 surgen numerosos centros de investigación y docencia con el enfoque de la medicina social, donde destaca el liderazgo de **Juan César García**. Algunos centros no gubernamentales fueron: el Centro de Estudios y Asesoramiento en Salud (CEAS) de Ecuador, el Grupo de Investigación y Capacitación en Medicina Social (GICAMS) de Chile y el Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS) de Argentina, entre otros⁷⁵.

Hubo apoyo financiero e institucional de la Organización Panamericana de la Salud, donde participaban varios promotores de la medicina social. Se apoyaron investigaciones, publicación de libros, becas de formación y reuniones científicas y organizativas de la corriente. La cooperación entre diferentes organizaciones latinoamericanas posibilitó la creación de una red de intercambio y apoyo para consolidar la formación, intercambiar experiencias y multiplicar este pensamiento.

Este enfoque actualmente es liderado continentalmente por ALAMES (Asociación Latinoamericana de Medicina Social)^{lxxxv}. Es portado por muchos gremios profesionales de salud y los movimientos de la sociedad civil en salud que propugnan una mayor participación del Estado en las políticas sociales y no dejar que el mercado sea el regulador. Denuncian la mercantilización de la salud y el predominio de los fines de lucro en la orientación de la investigación y el desarrollo de la Medicina en general. Su principal principio y visión es asumir la salud como un derecho.

En el Perú, desde el año de 1995 funciona una filial de ALAMES de escasa actividad orgánica. Pero existe una organización de la sociedad civil nacional denominada “**Foro Salud**”, la cual tiene una permanente presencia en la discusión de la agenda nacional de salud, con diversos pronunciamientos y eventos que se pueden conocer en su página web.

Según el Dr. **Alfredo Zurita**, la Medicina Social y Salud Pública suelen no llevarse bien, los salubristas suelen considerar que los médicos sociales son en realidad políticos, e insisten en el lavado de manos, y las vacunas contra los microbios. El enfoque teórico-metodológico de los colectivos que estudia la Medicina Social le confiere a su praxis una característica muy diferencial con respecto a la Salud Pública^{lxxxvi}. Esto lo podemos observar en el siguiente cuadro comparativo:

Aspecto	Salud Pública tradicional	Medicina social
Unidad de análisis	La población, a la que define como una suma de individuos que pueden ser clasificados en grupos.	La población y las instituciones sociales como totalidades cuyas características trascienden las de los individuos que las componen.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

Teoría y práctica	La teoría aparece como ausente, sugieren ser más empíricos, pero realmente portan un modelo teórico.	Interrelación entre pensamiento y acción, la teoría contribuye a los esfuerzos por el cambio social, y a la vez, se nutre de estos esfuerzos.
Estudio de las causas y niveles de análisis	Inferencia causal, dicotómica entre salud y enfermedad, incluso en los análisis multivariados.	Las condiciones sociales e históricas son determinantes estructurales, no son variables con diferente peso en la cadena causal, existen antes del problema analizado, su comprensión permite especificar las dimensiones del mismo.
Definición de clase social	Para realizar la estratificación social usan las características demográficas como los ingresos, la educación o el prestigio ocupacional.	La clase social definida por la posición en las relaciones de producción económica, involucra la propiedad y el control de los medios y del proceso productivo.
Ideología	Ideología “hegemónica” que tiende a justificar los intereses de clases que dominan la sociedad.	La desmitificación de la ideología dominante (desarrollismo, reformas del Banco Mundial, neoliberalismo y mercado).

Finalmente, **Pedro Brito** (Organización Mundial de la Salud) propone un encuentro entre la Medicina Social de **Rudolf Virchow** y la Salud Pública actual. Señala que **Virchow** influyó sobre la naturaleza de la Medicina y de las políticas de Salud Pública, que nos planteó la determinación histórica y social en la salud, que ahora se conoce como determinantes sociales de la salud y de la acción política en el campo de la salud. “Lo que vivimos actualmente es la reconstrucción de una **Salud Pública** deteriorada por las reformas de los sistemas orientadas por los mercados y la transferencia de responsabilidades al individuo. En esta reconstrucción se debe vincular la Salud Pública con otras políticas públicas (de allí la importancia del planteo de determinantes sociales). Por eso hablo de politización de la Salud Pública. Sin embargo, también hablo de politización al referirme al necesario entendimiento de que las políticas públicas nacionales se definen en el juego dinámico de fuerzas y poderes políticos, económicos y simbólicos dentro del país, pero cada vez más por aquellos que provienen de afuera, en y desde la globalización”^{xxxvii}.

LA MEDICINA COMUNITARIA

En los años 60 y 70 y especialmente en Latinoamérica, se vivía una crisis económica y social acrecentada por el fracaso de los gobiernos de países dependientes que implementaron modelos de desarrollo dictados por Estados Unidos y sus organizaciones internacionales. Las políticas económicas no lograban mejorar los niveles de vida de la población y se profundizaban los reclamos sociales por el acceso a los



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

servicios como la salud y la educación, así como se consolidaban los movimientos antiimperialistas y diversas estrategias autónomas de sobrevivencia en la población.

Políticamente, la guerra fría se agudizaba. Al interior de los países, los movimientos sociales se polarizaban entre las fuerzas conservadoras de antiguos poderes y quienes luchaban por el cambio social, de creciente influencia. En este contexto surge el movimiento de **Medicina Comunitaria**.

Las antecedentes de la **Medicina Comunitaria** se pueden encontrar en las experiencias sanitarias de los años 50 y 60, como la de los “médicos descalzos” en China, los proyectos de Organismos no gubernamentales (ONGs) en el mundo, que buscaban empoderar a la población, capacitar a promotores de salud, organizar servicios de salud y botiquines comunitarios, entre otras acciones, con gran acogida y buenos resultados en la prevención y atención básica de salud en lugares a donde no llegaban los servicios gubernamentales.

Los fundamentos de este paradigma fueron:

- La **ética** solidaria de sectores intelectuales, profesionales y políticos, con los más pobres, excluidos y necesitados.
- Los conceptos de **comunidad e identidad**, que asumen la existencia de grupos poblacionales ubicados en un determinado espacio, con problemas y objetivos comunes, así como estatus sociales definidos y roles comunes.
- La prioridad de la **acción** por las poblaciones o comunidades rurales y la **participación comunitaria**.
- El **rol de liderazgo** de los profesionales de salud, especialmente de los médicos, que se acercaban a la comunidad para darle atención, educación y hacerla protagonista de cambios en su conducta sanitaria.

Esta forma de Medicina, surgió en crítica al modelo dominante de tipo intrahospitalario, “intramural”, asistencialista y reparativo; pues amplios sectores de la población no accedían a los servicios de salud por razones de pobreza o desconfianza cultural. Este paradigma no portaba una nueva concepción de la salud, diferente o cuestionador del biomédico dominante, sino que pretendía superar las limitaciones de dicho modelo, con acciones particulares y estrategias de acercamiento a los más necesitados, sin necesariamente llegar al nivel de las políticas gubernamentales.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

La **Medicina Comunitaria**, desde la perspectiva gubernamental, fue una estrategia de ampliación de cobertura sanitaria por acción de los profesionales y de la comunidad, más allá de las posibilidades de los hospitales y de la forma de trabajo del sistema de salud oficial. **Carlos Vidal Layseca** la define como “conjunto de acciones intra y extrahospitalarias de medicina integrada que realiza un equipo de salud con la participación activa de la comunidad”^{lxxxviii}. Pero en la práctica los gobiernos no dedicaron recursos ni incentivos para la construcción de establecimientos de salud, provisión de equipamiento y medicamentos ni incentivos para el trabajo de profesionales en dichas zonas.

La Medicina Comunitaria fue planteada en el nivel académico, como una expresión del llamado “**apostolado**” de la Medicina, e incluso con un sentido ideológico, de opción por los pobres, que los convocaba a trabajar directamente con las familias y la comunidad, en sus mismos lugares de residencia, para desarrollar acciones principalmente educativas, de saneamiento básico y de atención básica de salud. Había una actitud paternalista y asistencial, que se nutría incluso de sentimientos cristianos de amor hacia los más necesitados.

Pero el trabajo comunitario de las Organismos no gubernamentales (ONGs), tuvo como estrategia central a la educación, la que se fundamentó en el enfoque llamado de “**Educación Popular**”, que destaca la importancia del proceso de transformación de la persona y de las comunidades a través de la “toma de conciencia” de su realidad y su conversión a protagonistas de su futuro. No se preocupa *a priori* de los contenidos a ser comunicados ni de los efectos en términos de comportamiento, cuanto de la interacción entre las personas y su realidad, del desarrollo de sus capacidades y de su consciencia. Es un modelo pedagógico desarrollado por **Paulo Freire**, quien la llama: “educación liberadora” o “transformadora”, de clara orientación social, política y cultural^{lxxxix}.

Se incentivó la investigación y la publicación de las experiencias, conocimientos y percepciones de la población, así como textos de capacitación a la población para el autocuidado y la atención^{xc}. Se revaloró el conocimiento popular y por esa ruta se encontró un gran bagaje en la Medicina Tradicional y sus agentes: curanderos, parteras, hierberos, hueseros, brujos, sorteadores y otros.

Este paradigma tuvo resistencia para ser asumido masivamente por los profesionales de salud y se restringió a algunos profesionales con grandes motivaciones morales o ideológicas y a las Organismos no gubernamentales (ONGs) de orientación “concientizadora”, cuyos personal trabajaba de manera voluntaria y generalmente con importante financiamiento extranjero, provenientes de donaciones estatales o privadas.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

Basados en los anteriores conceptos, proponemos que Manuel Núñez Butrón (MNB) fue un auténtico **precursor de la Medicina Comunitaria**, pues su doctrina y sus estrategias coinciden ampliamente, pero en un contexto nacional de un Estado muy débil y concentrado en las ciudades; para la atención de la población indígena y obrera.

Como se observa en la resolución Ministerial del 23 de Marzo de 1999 donde lo nombran y reconocen la labor abnegada de Agente Comunitario de la salud a Manuel Núñez Butrón; señalando el 7 de diciembre día de la muerte de Manuel Núñez Butrón día del Agente comunitario de salud. (Anexo 19)

En el ámbito rural andino donde trabajó Manuel Núñez Butrón (MNB) no había hospitales para la referencia especializada, pero él participa en la fundación de uno que permitiría complementar su trabajo comunitario. Su estrategias preventivas son creativas y *ad hoc* para las condiciones sociales y culturales que encontró. Reconoce que el mayor impacto se logrará con los recursos comunitarios y trabajando dentro de la dinámica social, pero basados en los cánones de la ciencia. Las brigadas que conformaban los Rijcharis tenían esta estrategia itinerante: “Los miembros de la brigada trabajaban primero en sus propias comunidades y luego en las comunidades vecinas, como si fueran médicos itinerantes o al hacerlo imitaban la forma tradicional de practicar la medicina en el sur de los Andes”³⁶.

En diversos discursos y frases de la revista Runa Soncco, afirma el valor de la ciencia moderna para enfrentar no sólo los problemas de salud, sino también, la condición social y moral. Lo que hace Manuel Núñez Butrón (MNB) es acercar la ciencia a la población, como una buena noticia. (Anexo15)

Actualmente este paradigma no existe. Las políticas de salud han logrado extender la cobertura de los servicios de salud a casi todos los rincones de los países, incluso mediante programas de equipos multidisciplinarios itinerantes que llegan a las poblaciones más alejadas. Los profesionales y el personal de salud, trabaja o elije trabajar en zonas alejadas, no por motivaciones éticas o ideológicas, sino porque son recompensados en sus remuneraciones o en puntaje para su currículo. Además, se extinguió el ideal del cambio social y la existencia de comunidades se ha reducido por el crecimiento de la moral individualista y de las urbes.

El año 2009, el MINSA establece la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar con RM N° 587-2009/MINSA. Es una estrategia de atención primaria de salud a través de equipos básicos multidisciplinarios competentes y orientada a garantizar que universalmente la atención integral con calidad y equidad a la persona, familia y comunidad. Como parte de esta estrategia, desde el año pasado, mediante Resolución



**XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017**

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

Ministerial N° 589-2009/MINSA, se viene desarrollando el Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria (PROFAM), que consiste en:

- 1) Diplomatura de Atención Integral con Enfoque en Salud Familiar y Comunitaria dirigida al personal básico de establecimientos del primer nivel,
- 2) Especialidad de Salud Familiar y Comunitaria, dirigida a los profesionales universitarios del equipo básico y,
- 3) Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, dirigida a médicos del equipo básico. EBS e incluye por lo tanto 6 módulos de la fase 1, 19 módulos de la fase 2, más 10 módulos esta fase^{xcí}.

Esta capacitación incluye una bonificación económica al personal de salud que trabaja en el primer nivel de atención de zonas alejadas del país.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

V. Conclusiones

PRIMERA: Sobre Manuel Núñez Butrón se tuvo al inicio una percepción sentimental por su apostolado sanitario en comunidades postergadas, sobretodo sostenida por amigos y admiradores. A fines del siglo XX se lo empieza a distinguir como pionero de la Medicina Social, la Medicina Rural y de la Atención Primaria de la Salud (APS), expresada por investigadores, el colegio médico del Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) y la Organización Panamericana de Salud (OPS). Se destaca sus acciones por la higiene, la participación comunitaria y la educación sanitaria. Sus coincidencias con las estrategias de la APS son muy parciales y básicas. Manuel Núñez Butrón tiene metas pragmáticas y básicas que basa la participación comunitaria en su liderazgo paternalista y asume la salud como una reivindicación moral; por lo tanto, sería una visión reducida de la obra de Manuel Núñez Butrón si sólo se lo considera precursor de la APS.

SEGUNDA: Manuel Núñez Butrón se identifica con la situación de postergación social y moral del indio y por ello los llama a despertar, siendo esta su principal visión. La población portadora del mito del inca sabio que regresa para dirigir su reivindicación, lo reconoce como tal y continuador de un proceso que no resolvió la República solamente hasta 1969 con la Reforma Agraria. Manuel Núñez Butrón genera un proceso social sanitario de movilización de la población que crea temor en los sectores de poder terrateniente, especialmente por la fundación de escuelas y la organización comunitaria.

TERCERA: Manuel Núñez Butrón tuvo explícitamente una identidad cultural indígena, que implicaba orgullo y compromiso, pero también reivindicaba ser parte del Perú. Las acciones educativas y sanitarias que emprendió entraban en conflicto con las concepciones tradicionales de la población andina, por ello, sus estrategias interculturales fueron paternalistas de un sincretismo pragmático superficial, basado en su carisma médico. Se apoyó en los Rijcharis que eran pobladores con mayor acceso a la cultura moderna y aceptada por la población. Por estas razones los logros de Manuel Núñez Butrón fueron lábiles con el tiempo y casi desaparecieron con su alejamiento por razones de salud.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

CUARTA: Manuel Núñez Butrón ha sido identificado, general y oficialmente, como practicante del movimiento de Medicina Social. Los argumentos se basan en su trabajo directo con la población y por su consideración de los aspectos sociales de la salud. Pero Manuel Núñez Butrón coincidiría con esta corriente de pensamiento sólo en su versión higienista que pone énfasis en la conducta particular de las personas y no en la macro política desde el Estado. Manuel Núñez Butrón fue un auténtico precursor de la Medicina Comunitaria, pues su doctrina y sus estrategias coinciden ampliamente, pero en un contexto nacional de un Estado aún muy débil y concentrado en las ciudades, en una zona rural andina donde no había hospitales para la referencia y las coordinaciones y los recursos de la tecnología médica científica como los fármacos aún no se habían extendido.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

RECOMENDACIONES

1. Que los docentes universitarios de Salud Pública amplíen en la formación de los profesionales de la salud, un balance de la Atención Primaria de la Salud, de sus fundamentos y resultados, con la finalidad de reconocer las implicancias de la situación de salud y de la respuesta de los sistemas de salud nacionales.
2. Que los Departamentos de Salud Pública promuevan la realización de investigaciones sobre los aspectos culturales implicados en la salud, especialmente en las relaciones entre el sistema de salud moderno y las costumbres tradicionales, con una perspectiva intercultural de respeto.
3. Que los colegios profesionales mantengan una permanente promoción de la obra de Manuel Núñez Butrón como uno de los héroes de la Salud Pública peruana, difundan su doctrina y el valor que tuvo para las comunidades Quechuas y Aymaras excluidas.
4. Que las comunidades de autoridades, docentes y estudiantes de las Facultades de Medicina de la UNA o de la UNSA consideren la propuesta de denominar sus instituciones con el nombre de Manuel Núñez Butrón.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

VI. Bibliografía

- ⁱ. Facultad de Medicina UNSA, Revista de la XVII Promoción de Estudiantes, 1984. Arequipa.
- ⁱⁱ. Salinas Flores David. Manuel Núñez Butrón: Pionero de la Atención Primaria en el Mundo. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2014 Dic [citado 2015 Jun 12]; 142(12): 1612-1613. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014001200016&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001200016>.
- ⁱⁱⁱ. Ase, Iván y BURIJOVICH, Jacinta. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? Salud colectiva [online]. 2009, vol.5, n.1 [citado 2015-06-12], pp. 27-47. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000100003&lng=es&nrm=iso. ISSN 1851-8265.
- ^{iv}. Medicina Rural y Atención Primaria de la Salud, Anales del III Congreso Ibero Americano de medicina Rural y Atención Primaria de la Salud y del I Congreso Nacional de Atención Primaria de la Salud, Perú 1982 (pp. 161, 173)
- ^v. Rosen, George. ¿Qué es la Medicina Social? Un análisis genético del concepto, publicado en "Historia de la Salud Pública", Lecturas seleccionadas, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima Perú, 1994.
- ^{vi}. Delgado Bedoya, Gabriel. Docencia y Acción, Rijchari del Dr. Manuel Núñez Butrón. Separata de Medicina Social N° 20, Lima 1953.
- ^{vii}. Silva Paredes Gustavo. El Médico Loco de Puno, <http://www.mejorandolasaluddelmundo.com/2012/03/el-medico-loco-de-puno.html>, 2012.
- ^{viii}. MINSA/Consejo Nacional de Salud. Lineamientos y Medidas de Reforma del Sector Salud. Lima 2013.
- ^{ix}. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C.: OPS; 2007. Hallado en: http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/APS_spa.pdf.
- ^x. MINSA/Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria. Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos. Dirección de Gestión de Capacidades en Salud -- Lima: Ministerio de Salud; 2011.
- ^{xi}. Frenk Julio. La Salud Pública: campo del conocimiento y ámbito para la acción. Salud Pública de México.1988; 30:246-254.
- ^{xii}. Frenk, Julio. La Nueva Salud Pública, Manual Salud Pública I, Facultad de Medicina UNSA, Arequipa 2015.
- ^{xiii}. Vela A. Salud Pública I, Alejandro Vela Quico, UNSA 2011.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

-
- ^{xiv}. Arroyo Laguna, Juan. Del desamparo social semifeudal al desamparo social moderno, Políticas sociales y de salud en el Perú en el siglo XX. MINSA/OPS/CIDEPSA: Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, N° 3, 1997.
- ^{xv}. ONPE. Participación de la población indígena amazónica en las Elecciones Regionales y Municipales 2010. Lima 2011.
- ^{xvi}. Salaverry Oswaldo. "Interculturalidad en salud", Rev. Perú Med Exp salud pública 2010;27(1):80-93
- ^{xvii}. MINSA/CENSI, <http://www.ins.gob.pe/portal/jerarquia/0/610/directorio-institucional-ins>, consulta 02/06/15.ver Política sectorial de salud intercultural (CENSI, 2011).
- ^{xviii}. Quispe Apaza Efraín. "Manuel María Núñez Butrón" Breve Biografía. Disponible en <http://hospitalregional-mnbpuno.gob.pe/?p=625>, Puno 2014.
- ^{xix}. MININTER. Plan Nacional de Seguridad Ciudadana 2013-2018, <http://www.mininter.gob.pe/pdfs/Plan.Nacional.Seguridad.Ciudadana.2013-2018.pdf>, consulta 25/05/15.
- ^{xx}. Comisión de Alto Nivel Anticorrupción, <http://can.pcm.gob.pe/percepcion-de-la-corrupcion-en-el-peru/>, consulta 25/05/15.
- ^{xxi}. INEI. Acceso a Servicios de Salud por tipo de establecimiento, <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0035/CAP4.HTM>, consulta 20/05/15.
- ^{xxii}. UNICEF. El Gasto Social en El Perú 2000-2005, disponible en: http://www.unicef.org/peru/_files/Publicaciones/gasto_social_2000_2005.pdf, consulta 20/05/15.
- ^{xxiii}. MINSA, Estudio de Carga de Enfermedad en el Perú 2004. Dirección General de Epidemiología, 2006, disponible en <http://cies.org.pe/files/ES/bol66/02-Ruiz.pdf>, consulta 01/06/15.
- ^{xxiv}. AECID, Marco de Asociación entre Perú y España en materia de Cooperación Internacional para el Desarrollo, abril 2013.
- ^{xxv}. MIDIS. Una política para el desarrollo y la inclusión social en el Perú, http://www.midis.gob.pe/files/doc/midis_politicas_desarrollo_es.pdf, consulta 26/05/15.
- ^{xxvi}. MEF. Prioridades del Presupuesto 2013. Disponible en: http://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/documentac/Guia_Orientacion_%20PPTO_2013.pdf, consulta 01/06/15.
- ^{xxvii}. Plasencia A. Metodología de la investigación histórica. Sus fuentes y las ciencias auxiliares de la historia. La Habana. Ed. Estarcida. 1980.
- ^{xxviii}. Frisancho Pineda, David, Manuel Núñez Butrón, Pionera de la Sanidad en el Perú. Revista de promoción, Facultad de Medicina – UNSA, Arequipa 1984. "Sólo quienes han vivido y hasta han sufrido junto a nuestra numerosa población indígena analfabeta se pueden dar cuenta de las grandes dificultades que tuvo que vencer este apóstol de la Sanidad y de la recuperación de nuestro hermanos, pues no podemos negar que nosotros también somos indios" (pág. 29).



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

-
- ^{xxix}. Frisancho Pineda, David. Semblanza Manuel Núñez Butrón y el "Rijcharismo". Acta Médica Peruana - Vol. XVIII, N°2 Mayo - Agosto 2001.
- ^{xxx}. García Tello, José. El Dr. Manuel María Núñez Butrón, gran figura de la medicina americana en el Altipampa. Boletín médico de Chile N° 547, Valparaíso 1938.
- ^{xxxi}. Asociación Médica Peruana "Daniel A. Carrión, Homenaje a Dr. Manuel M. Núñez Butrón, 5 de octubre de 1971, Separata de la Revista Médica Peruana – Vol. XXXV. N° 3396- Lima Perú.
- ^{xxxii}. Segundo y Tercer Congreso Latino Americano (Bahía y Santiago de Chile), el Congreso Mundial de Medicina Social (Ginebra).
- ^{xxxiii}. Calsín Anco René. Manuel Núñez Butrón y el Rijcharismo. Juliaca 2000.
- ^{xxxiv}. Colegio Médico del Perú, Consejo Regional V, Arequipa. Manuel Núñez Butrón, Runa Soncco y Rijcharismo. Arequipa 1986.
- ^{xxxv}. Pamo-Reyna O. Hacia un nuevo Rijcharismo. Bol Soc Perú Med Interna. 1994; 7(4):139-40. Citado por: Arroyo-Hernández CH. Runa Soncco: Manuel Núñez Butrón y su proyecto de educación sanitaria. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2013; 30(2):336-9.
- ^{xxxvi}. Resolución Suprema 294-OHU-Ministerio de Salud. Lima, 27 de agosto de 1992. http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/acta_medica/2001_n2/manu_nu%C3%B1ez.htm.
- ^{xxxvii}. Cueto, Marcos. El regreso de las epidemias: salud y sociedad en el Perú del siglo XX.-Lima: IEP, 1997.-- (Estudios Históricos, 22).
- ^{xxxviii} OMS/OPS. Palabras de Agradecimiento del Dr. David Tejada - Héroe de la Salud 2012. Disponible en: http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=1684:palabras-agradecimiento-david-tejada-heroe-salud-2012&Itemid=900.
- ^{xxxix}. Zurita, Alfredo. La Atención Primaria y la Verdad de la Milanese. Data Chaco. Disponible en <http://www.datachaco.com/noticias/view/49555>. 11/04/15.
- ^{xl}. OPS/OMS. Actividades celebratorias por su 100° aniversario, 2 de diciembre de 2002.
- ^{xli}. Neyra R., José. "Héroes de la Salud Pública en el Perú" Manuel Núñez Butrón (1900-1952). Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, [S.l.], feb. 2014. ISSN 1726-4642. Disponible en: <<http://190.102.147.213/revista-ins/index.php/rpmesp/article/view/1021/1021>>. Fecha de acceso: 27 jun. 2015
- ^{xlii}. Colegio Médico del Perú. <http://www.cmp.org.pe/component/content/article/56-ultimas/1526-cmp-declara-a-dr-manuel-nunez-butron-como-simbolo-de-la-medicina-peruana.html>.
- ^{xliii}. OMS. Atención Primaria de la Salud. Informe de la Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud Alma-Ata URSS, 6 – 12 setiembre 1978.
- ^{xliv}. OPS/OMS. Cien Años de Cooperación al Perú 1902-2002. Organización Panamericana de la Salud en Perú, 2002. Disponible en: http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=1080&Itemid=657



**XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017**

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

-
- ^{xlv}. Vela Quico, Alejandro. Vigencia de la Medicina Tradicional en Arequipa y Estrategias de complementación con el sistema de salud científico, MINSA - PARSSA, 1999.
- ^{xlvi}. Vela Quico, Alejandro. Estrategias para la Educación en Salud. Texto de Salud Pública I. Facultad de Medicina UNSA, Arequipa 2015.
- ^{xlvii}. Tejada de Rivero, David. Alma-Ata: 25 años después. Revista Perspectivas de Salud. La revista de la Organización Panamericana de la Salud. Volumen 8, Número 1, 2003.
- ^{xlviii}. Future Consa, Evaristo, Lliupacha Yuyaychay, Arequipa 2006.
- ^{xlix}. Mariátegui, José Carlos. El Alma matinal y otras estaciones del hombre de hoy. Publicado en Mundial: Lima, 16 de Enero de 1925. Trascrito en Amauta, N° 31 (pp. 1-4), Lima, Junio-Julio de 1930.
- ⁱ Mariátegui, José Carlos. Aspectos del Problema indígena. Publicado en Mundial, 1926. Compilado en "Peruanicemos al Perú", Obras Completas N° 11. Décima edición Lima 1984.
- ⁱⁱ. Bustíos Romaní, Carlos. Cuatrocientos Años de la Salud Pública en el Perú (1533 - 1933). CONCYTEC, Fondo Editorial UNMSM. Lima 2004.
- ⁱⁱⁱ. Ramos Zambrano, Augusto. Rumi Maqui, citado por Flores Galindo en Obras Completas III (I) "Buscando un Inca".
- ⁱⁱⁱⁱ. Flores Galindo, Alberto. Obras Completas III (I) Buscando un Inca. Sur Casa de Estudios del Socialismo. Lima 2005 (p.272).
- ^{lv}. Arguedas, José María. Indios, Mestizos y Señores. Editorial Horizonte, 1ra. edición, Lima 1985.
- ^{lv}. Pinilla, Carmen María. José María Arguedas: ¡Kachkanirraqmi! ¡Sigo siendo! Textos esenciales. Fondo Editorial del Congreso del Perú, Lima 2004.
- ^{lvi}. Narradores de la Libertad, Ediciones de Cuadernos Trimestrales de Poesía. Lima 1958.
- ^{lvii}. Gonzales Prada, Manuel. Antología. Nuestros indios. Biblioteca Peruana. Ediciones Peisa. Lima 1975.
- ^{lviii}. Blanco, Hugo. Tierra o Muerte, las luchas campesinas den Perú. 3ra. Edición. Siglo XXI Editores S. A. Lima 1972.
- ^{lix}. Lumbreras Luis Guillermo. De señores, indios y subversivos, entrevista en: El Zorro de Abajo, revista de política y cultura N° 3, Lima 1985.
- ^{lx}. Mariátegui, José Carlos. 7 Ensayos de Interpretación de la Realidad Peruana. Publicada en 1928. Biblioteca Amauta. Obras Completas N° 11. 54ta. Edición Lima 1988.
- ^{lxi}. Guamán Poma de Ayala, Phelipe. Nueva Crónica y Buen Gobierno. Ebisa Ediciones. Lima 2011.
- ^{lxii}. De La Puente Uceda, Luis. El Camino de la Revolución. Obras Escogidas. Ediciones Voz Rebelde IV Época. Lima 1976.
- ^{lxiii}. Béjar, Héctor. Las Guerrillas de 1965: Balance y perspectivas. Biblioteca Peruana. Ediciones Peisa. Lima 1973.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

-
- lxiv. Ceresole Norberto. Perú, una Revolución Nacionalista. Editorial Sudestada. Buenos Aires 1969.
- lxv. Velasco Alvarado, Juan. Mensaje a la Nación promulgación de la Ley de la Reforma Agraria, Lima, 1969. Disponible en: <https://www.marxists.org/espanol/tematica/agro/peru/velasco1969.htm>
- lxvi. Encinas, José Antonio. Un Ensayo de Escuela Nueva en el Perú. Edición CIDE. Lima 1932.
- lxvii. Encinas, Enrique y Rogelio Bermejo. Homenaje al Dr. Manuel María Núñez Butrón (Asociación Médica Peruana Daniel Alcides Carrión), separata de la revista médica peruana vol. XXXV N° 339. Lima 1973.
- lxviii. Arce Ortiz, Natalia. Estrategias y Factores asociados a la Administración exitosa en comerciantes de la Asociación de Minoristas Túpac Amaru II. Tesis de Magister en Administración, mención en Marketing y Finanzas, UANCV, Juliaca 2014.
- lxix. Degregori, Carlos Iván. El Surgimiento de Sendero Luminoso, Ayacucho 1969 – 1979. Lima IEP, 2014.
- lxx. Matos Mar, José. Desborde Popular y Crisis del Estado. El Nuevo del Perú en la Década del 1980. 1ra. Edición, Lima 1988.
- lxxi. Vela Quico, Alejandro. Perspectivas Ético – Políticas de la Relación entre la Medicina Moderna y la Medicina Tradicional Andina. Tesis de Magíster, UNSA. Arequipa 2001.
- lxxii. Núñez Butrón, Manuel. Runa Soncco N° 3. Juliaca 24 de junio de 1935.
- lxxiii. CMP. Discurso de orden del Dr. Rogelio Bermejo Ortega, Lima, 23 de Agosto del 2000.
- lxxiv. Borja, Rodrigo. Enciclopedia de la Política. Fondo de Cultura Económica. Primera edición. México 1998.
- lxxv. Frisancho Pineda, David, Jatun Rijchari, Manuel Núñez Butrón, Pionero de la medicina rural. Editorial Juan Mejía Baca, Lima, 1981.
- lxxvi. Degregori, Carlos Iván. No hay País más Diverso, compendio de Antropología Peruana. Red para el desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú: PUCP, IEP, U del P. 1ra. edición. Lima 2001.
- lxxvii. CENSI/INS/MINSA. Acerca del CENSI. Disponible en <http://www.ins.gob.pe/portal/jerarquia/7/15/acerca-del-censi/jer.15>. Consulta 08/ 07/15.
- lxxviii. Vela Quico Alejandro. Historia de los Paradigmas en Salud. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos88/historia-paradigmas-salud/historia-paradigmas-salud.shtml>, consulta 10/07/15.
- lxxix. Alcaide González, Rafael. Introducción y Desarrollo del Higienismo en España durante el siglo XIX. Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales. Universidad de Barcelona [ISSN 1138-9788] N° 50, 15 de octubre de 1999. Disponible en <http://www.ub.edu/geocrit/sn-50.htm>. Consulta 10/07/15.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

^{lxxx}. Viñao, A. Higiene, Salud Y Educación en su Perspectiva Histórica. Educar, Curitiba, n. 36, p. 181-213, 2010. Editora UFPR 211. Departamento de Teoría e Historia de la Educación. Universidad de Murcia.

^{lxxxi}. Bernal Borrego, Encarnación; Calero Delgado, María Luisa (2013), El discurso higiénico como argumento moralizante de la mujer: "La Higiene del Bello Sexo" de Ramón Hernández Poggio (1847), Asclepio, 65 (1): p009, doi: <http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2013.09>.

^{lxxxii}. Rosen, George. De la Policía Médica a la Medicina Social. Siglo XXI S. A. 2da. Edición en español. México 2005.

^{lxxxiii}. Biografías y vidas. Max Von Pettenkofer. Disponible en: <http://www.biografiasyvidas.com/biografia/p/pettenkofer.htm>. Consulta 11/07/15.

^{lxxxiv}. Iriart, Celia; Waitzkin, Howard; Breilh, Jaime; Estrada, Alfredo, Elías Merhy, Emerson. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 12(2), 2002.

^{lxxxv}. ALAMES. Asociación Latinoamericana de Medicina Social ¿Quiénes somos? http://www.alames.org/?page_id=58. Consulta 11/07/15.

^{lxxxvi}. Breilh J. Epidemiología: economía, medicina y política. 3a. ed. Editorial Fontamara. México, D.F. 1989.

^{lxxxvii}. Jornadas Científicas en Salud Pública (1º: 2006: Lima, PE) Investigación científica y políticas públicas en salud: memoria de las I jornadas científicas en salud pública / Eds. Carlos F. Cáceres, Víctor Cuba Oré. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Salud Pública, 2007.

^{lxxxviii}. Vidal Layseca, Carlos. Apuntes de una Vida Dedicada a la Gente, Educación, Medicina Comunitaria, Cooperación Técnica Internacional, Salud Pública, SINCO Editores, Lima 2004.

^{lxxxix}. Freire, Paulo. Pedagogía del Oprimido, Editorial Perú Andino, Lima 1990.

^{xc}. Werner David. Donde no hay Doctor. Una guía para los campesinos que viven lejos de los centros médicos. Editorial Hesperian. Primera edición en español. EE. UU. 1973.

^{xci}. Ministerio de Salud/ Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos/Dirección de Gestión de Capacidades en Salud. Diseño curricular de la diplomatura de atención integral con enfoque en salud familiar y comunitaria. Lima 2011.

mpilarquillenn@gmail.com