

## Artículo original

# Gestores Comunitarios de Salud: una experiencia pedagógica piloto en la Universidad del Rosario

*Community Health Managers: A Pilot Pedagogic Experience in the University of Rosario*

Carolina Amaya\*

## Resumen

El Grupo de Estudios en Sistemas Tradicionales de Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario, en convenio con el Instituto de Etnobiología, ha diseñado un curso de capacitación de un nuevo agente de salud, el gestor comunitario de salud, que tenga en cuenta en su currículo las dificultades, las carencias y los aciertos del programa de Atención Primaria de Salud. En particular, se ha querido atender a las recomendaciones de la OMS en el sentido de facilitar, mediante el entrenamiento adecuado de personal local, la autorresponsabilidad y la autodeterminación en la prestación de los servicios de salud.

Con esta propuesta de formación se busca tener en cuenta las distintas culturas y tradiciones, para ofrecer modelos de atención y promoción de salud que consideren las particularidades culturales, los perfiles epidemiológicos y las posibilidades contextuales, con una mirada intercultural. De ahí que el curso de capacitación tiene como objetivos, entre otros: formar un líder comunitario y ofrecerle herramientas de trabajo que buscan revalorar y promover conocimientos y prácticas tradicionales de salud; propender por la seguridad alimentaria, mediante la recuperación de sistemas productivos o la apropiación de tecnologías agroecológicas, y promover la conservación del medio ambiente.

La evaluación preliminar sugiere que este nuevo agente de salud se perfila como un verdadero puente para el encuentro entre las comunidades y las ofertas médicas disponibles en favor de la preservación de formas saludables de vida cultural y ambientalmente sensibles.

**Palabras claves:** Atención primaria de salud, promoción y prevención, sistemas tradicionales de salud, plantas medicinales, autocuidado.

## Abstract

The "Grupo de Estudios en Sistemas Tradicionales de Salud" from the School of Medicine of Universidad del Rosario, in agreement with the "Instituto de Etnobiología", has designed a training course for a new health agent (the community health manager) meant to consider in its curriculum the difficulties, deficiencies and successes of the Primary Health Care Program. In particular, we have attended OMS suggestions in terms of adequate training of local leaders who should look for self-responsibility and self-determination in health care coverage.

Recibido: Marzo 22 de 2006.

Aceptado: Abril 18 de 2006.

\*M.D. Universidad del Rosario, Magíster Literatura Latinoamericana Universidad Javeriana. Grupo de Estudios en Sistemas Tradicionales de Salud Universidad del Rosario. Correo electrónico: camaya@axesat.com.co

This training proposal is meant to take into account diverse cultures and traditions in order to offer health care models able to consider cultural particularities, epidemiological profiles, and contextual possibilities, with an intercultural point of view. Hence, the training course's objective is to offer working tools so that community leaders be able to value and promote traditional health knowledge and practices; seek for food security by means of recovery of traditional productive systems or adaptation of appropriate technologies; environment conservation; use of

medicinal plants especially in self-care, and stimulation of community and institutional health promotion activities.

Preliminary evaluation suggests that this new health agent will be able to set bridges between communities and health care offers available, always looking for healthy ways of life, culturally and environmentally friendly.

**Key Words:** Primary Health Care, Promotion and Prevention, Traditional Health Systems, Medicinal Plants, Self-care

El pueblo estaba prácticamente solo. Desde muy temprano los hombres habían salido de cacería y las mujeres y los niños a los cultivos. En el caserío permanecían solamente algunos ancianos y niños pequeños... y el promotor de salud. Sentado a las puertas de su casa, el promotor se entretenía lanzando pepas a los perros y gallinas que merodeaban por el lugar. Al frente, una casa de paredes blancas y techos de zinc resaltaba en medio del caserío de techos de palma y paredes de chuapo y bahareque. Era el Puesto de Salud: una construcción reluciente y reverberante bajo el sol. En sus paredes, algunos carteles desteñidos resaltaban la importancia de hervir el agua y lavarse las manos, y los beneficios de una dieta balanceada rica en carnes, huevos, leche y verduras. Dentro del Puesto podía observarse una pesa oxidada y unos cuantos estantes torcidos y polvorientos que guardaban en desorden varios libros y folletos, entremezclados con sales de rehidratación oral y unos pocos frascos de alcohol y mertiolate. El promotor no sirve para nada (nos decía esa tarde el capitán de la comunidad); se la pasa ahí sentado todo el día, esperando su sueldo. Qué puedo hacer (nos respondía a solas por la noche el promotor), si no tengo droga para trabajar. Ajeno a los oficios de la gente de su comunidad, el promotor pasa su tiempo esperando una remesa de droga que nunca llega a tiempo, y que una vez recibida tendrá que repartir en pocos días ante las solicitudes apremiantes de sus parientes, para

quienes no podría pasar como mezquino (Diario de Campo, comunidad del área de Cumaribo, Comisaría del Vichada, agosto de 1998) (1).

El cuadro presentado no es nuevo para nadie. No obstante, más allá de destacar las limitaciones del promotor como agente de salud del sistema médico moderno, quisiéramos llamar la atención sobre algunos de los puntos señalados en la cita anterior: el desarraigo del promotor frente a los otros miembros de la comunidad; el factor 'aculturador' en que se constituye su quehacer; el puesto de salud y el sueldo que espera mensualmente; los carteles didácticos, que no por desvaídos dejan de ser anacrónicos y están descontextualizados, y la falacia de que la droga es la única herramienta con la que cuenta para promocionar la salud.

El diagnóstico sobre estos aspectos ha sido realizado por múltiples organizaciones interesadas en el tema de la promoción de la salud en el nivel local, y no solamente en zonas apartadas de la geografía nacional (2, 3). Sin embargo, las soluciones distan de ser las más adecuadas, por lo menos hasta no reconocer tres hechos indudables: en primer lugar, somos una nación pluriétnica y multicultural, como lo declara nuestra Constitución de 1991; esa misma carta con-

sagra el derecho de todos los nacionales a la autodeterminación y al respeto por las tradiciones (4). En segundo lugar, la OMS, desde la misma creación del programa de Atención Primaria de Salud, sugiere tener en cuenta los conocimientos tradicionales y la formación de agentes locales que acerquen la comunidad a los sistemas formales de salud. Finalmente, las comunidades, no solamente las rurales, tienen arraigadas creencias y tradiciones de cuidado de la salud y mantienen la ilusión de la autodeterminación y autorresponsabilidad frente al tema de la salud y la enfermedad.

Originalmente, el Programa de Atención Primaria de Salud, lanzado en Alma Ata en 1978, intentaba honestamente seguir los lineamientos de los proyectos basados en la comunidad; no obstante, los sistemas formales de salud se olvidaron de las recomendaciones primordiales pese a lo revolucionario del lenguaje utilizado en la Declaración de Alma Ata (o quizá por ello mismo):

[...] •III 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 [...] •IV El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud [...] •VI La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. •VII La atención primaria en salud: [...] 4. Entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación,

la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores; 5. Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar. 7. Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de 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, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad. [...] (5)

En consecuencia, el promotor pasó a ser simplemente un agente de salud, jerárquicamente en el escalón más bajo, y se conservó, por el contrario, la noción de pirámide asistencial de tres niveles jerarquizados y verticales donde el nivel de la atención primaria ocupa también el "nivel más bajo". La medicina moderna institucionalizada sigue, entonces, dando prioridad científica a la remisión de pacientes, la atención superespecializada, las tecnologías diagnósticas y las intervenciones invasivas. Y la cobertura de salud continúa sin mejorar, el medio ambiente se deteriora, desaparecen culturas y pueblos completos y la morbimortalidad sigue aumentando, ahora por cuenta no solamente de los pobres sino también de los ricos con sus hábitos de vida patológicos. Las poblaciones más aisladas pierden sus sistemas de salud, mediante los cuales habían solucionado sus problemas médicos durante milenios, y el sistema oficial no logra responder a sus necesidades más acuciantes. La

ilusión de que el promotor pudiera acercar la comunidad a la medicina moderna se ve frustrada desde el mismo momento en que la oferta de formación se reduce a unos conceptos de medicina moderna insuficientes, que además lo desarraigan culturalmente.

La experiencia de campo de más de veinte años de los miembros del Grupo de Estudios en Sistemas Tradicionales de Salud, nos llevó a proponerle a la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario (contando con el apoyo financiero y logístico del Instituto de Etnobiología) la realización de un curso de capacitación de promotores rurales de salud, que tuviera en cuenta todas las dificultades, las carencias y los aciertos del programa de Atención Primaria, en consonancia con las sugerencias de la OMS.<sup>1</sup>

La primera dificultad que sorteamos fue encontrarnos con un currículo cerrado, constreñi-

do por los formatos, ahogado por nociones de medicina moderna limitadas y reduccionistas, que reducen el campo de acción del promotor y lo convierten en un vigilante epidemiológico y 'remitidor' de pacientes (reales o imaginarios) que han de nutrir las estadísticas que justifican los presupuestos asignados a las secretarías de salud. Nuestra primera opción fue la de cambiar radicalmente la responsabilidad de la salud para entregársela a la comunidad a partir de la noción del 'autocuidado', lo que supone que todos y cada uno de los miembros de una comunidad son responsables de su salud, si se tiene en cuenta la triple dimensión cultura-naturaleza-salud y la necesidad de incidir desde lo personal, lo local y lo general en el punto de encuentro de esas tres instancias de la vida. Centrar la atención de la salud en el autocuidado supone entonces invertir la pirámide asistencial, de modo que el agente de atención primaria recupere preeminencia y se erija en agente educador y 'gestionador-gestador' de formas saludables de vida acordes con el medio ambiente y las prácticas culturales. Más aún, el autocuidado está llamado a ser el verdadero punto de encuentro del sistema médico moderno con el tradicional.

De ahí que decidimos cambiar el nombre de promotor por gestor comunitario de salud, con el ánimo de permitirnos romper el currículo y ampliarlo en las dimensiones de cultura y naturaleza, que han estado ausentes de los conceptos de salud-enfermedad de la medicina moderna. Este nuevo agente tiene como objetivos de su quehacer los siguientes:

1. Recuperar y promover conocimientos y prácticas tradicionales de salud.
2. Buscar la seguridad alimentaria a partir de prácticas agroecológicas y la conservación de recursos biológicos.

<sup>1</sup> Llama la atención que la OMS ha seguido instando en diferentes reuniones, talleres y conferencias sobre la necesidad de estudiar, recuperar y promover la medicina tradicional: en 1983 publicó un texto titulado *Traditional Medicine and Health Care Coverage*, que serviría desde entonces como marco de referencia básico (6); en 1985 la OMS reconoce el desajuste en la formación de personal médico y la pertinencia del adiestramiento de los agentes de atención primaria para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 (7); en 1988, en Chiang Mai, y con la Unión Internacional para la Conservación (UICN) y el Fondo Mundial para la Vida Silvestre (WWF) emitieron la declaración "Salve vidas, salvando plantas", en una clara orientación hacia la recuperación de las plantas medicinales y su incorporación en la atención primaria en salud, tanto en la automedicación como en los servicios nacionales de salud (8), y, recientemente, en 2002 lanzó su estrategia de Medicina Tradicional 2002-2005 en la que la OMS reconoce que la medicina tradicional puede ser una alternativa para el cuidado de la salud mucho más barata, menos riesgosa para el paciente y, probablemente, más eficaz en algunos casos, por lo que recomienda su incorporación en la atención primaria (9).

3. Promover la conservación del ambiente.
4. Incorporar las plantas medicinales en el cuidado de la salud.
5. Incentivar actividades comunitarias e institucionales para la promoción de la salud.

Por lo tanto, el curso tenía el objetivo de ofrecer unas herramientas básicas para que todos y cada uno de los estudiantes (sin importar la región o la cultura específica a la que pertenecieran) pudieran volver a sus comunidades de origen a rescatar las brasas de los conocimientos tradicionales que han guiado el cuidado de la salud y han permitido la supervivencia de sus comunidades en ámbitos considerados por Occidente como inhóspitos o por lo menos distantes y difíciles. El primer gran capítulo del currículo comprende: la Etnobiología y todas sus ciencias auxiliares: etnobotánica, etnoeducación, etnomedicina, etnoecología, entre otras, todas ellas con herramientas que permiten el estudio de las formas como un pueblo específico ha construido conocimiento alrededor de la naturaleza, para asegurar la supervivencia saludable de los individuos y de la cultura misma.

El segundo gran capítulo es el de la ciencia moderna, con disciplinas que ofrezcan nuevos conocimientos, acordes con el concepto ampliado de salud-enfermedad y con el respeto por la triple dimensión cultura-naturaleza-salud, para ser aplicados en aquellas comunidades donde se han perdido los conocimientos tradicionales y las prácticas ancestrales: botánica médica, fundamentos de ecología y agroecología, fundamentos de cartografía, nutrición y saneamiento básico. El tercer capítulo es el de la integración de conceptos tradicionales y occidentales de manejo de enfermedades recogidos en la noción de autocuidado: manejo y prevención de enfermedad diarreica, enfermedades respiratorias agu-

das, parasitismos, enfermedades tropicales, y herramientas tradicionales y modernas de control de crecimiento y desarrollo, vacunación, cuidado de la mujer.

Se diseñó un cuarto módulo basado en administración y sistemas, para ofrecerles a los estudiantes herramientas para la gestión y administración de proyectos.

Considerando el espacio otorgado para este artículo, más que entrar en la minucia del currículo quisiéramos ilustrar, mediante un par de ejemplos, la metodología de enseñanza utilizada para salvar algunos obstáculos conceptuales. Dicha metodología permitió ofrecer herramientas valiosas para la ulterior construcción de conocimiento por parte de los estudiantes ya en su trabajo en campo. Quisiéramos subrayar que la metodología supuso enfrentar el conocimiento tradicional a la comprobación occidental, para que los estudiantes encontraran en el espejo de la ciencia el valor de la tradición:

1. Todos los estudiantes estaban familiarizados con el empleo de las plantas medicinales en sus comunidades como recurso terapéutico por excelencia de sus autoridades médicas tradicionales. No obstante, causa pudor reconocer este hecho, por cuanto la corriente aculturadora de la medicina occidental promueve el uso exclusivo de los medicamentos de síntesis química y desprecia la tradición milenaria de uso de plantas y recursos asociados. El módulo de botánica médica, además de ofrecer fundamentos de taxonomía para la correcta identificación de las plantas medicinales, presentó la evidencia científica de disciplinas como la fitoquímica y la farmacognosia que demuestran la veracidad de afirmaciones previas de las tradiciones médicas. Integrar los conocimientos disponibles sobre

usos ancestrales de algunas de las plantas más conocidas<sup>2</sup> y los resultados de estudios científicos ofrece elementos adicionales de valoración que los estudiantes asimilaron y que hoy les han servido para emprender sus particulares estudios etnobotánicos en sus comunidades. Estos estudios suponen, como primera medida, la identificación de cabezas médicas, la indagación sobre recursos terapéuticos y formas de uso, para luego entrar a recuperar esos conocimientos, recursos o usos en vías de extinción, mediante la construcción de bancos de germoplasma *ex situ* en viveros, espacios peridomiciliarios, jardines escolares y comunales, etc. y su aplicación en la prevención y el tratamiento de enfermedades cotidianas no complicadas: desparasitación de menores, manejo de gripas y diarreas, prevención de enfermedades tropicales, cuidados de la mujer, etc.

2. Las tradiciones médicas se alimentan, se adaptan y sobreviven en sistemas culturales basados en la tradición oral. Las formas de transmisión y perpetuación de los conocimientos sobre el manejo no solamente de enfermedades, sino sobre la utilización sostenible de los recursos naturales, la prevención de enfermedades tanto culturales como físicas, la seguridad alimentaria, en fin, la protección de la cultura, están contenidos en complejos documentos de literatura viva que los miembros de las comunidades deben aprender para sobrevivir. La tendencia occidental de asimilar mito a mentira ha llevado a que los jóvenes de las diferen-

<sup>2</sup> Mediante la preparación de remedios y la experimentación personal con algunos de ellos, como la purga, la ortigada o el tratamiento de problemas de salud presentados durante la duración del curso.

tes minorías étnicas desprecien estos cuerpos de conocimiento y se acojan exclusivamente a los contenidos de la educación moderna impartida por el sector oficial. El módulo sobre Tradición Oral estuvo dirigido a que los mismos estudiantes identificaran la estructura común de sus propios mitos de origen en la tradición literaria de Occidente. Un momento culminante del curso fue cuando los compañeros tukano oriental del Vaupés se embelesaron con apartes del Himno Homérico a Hermes, especialmente en aquellos momentos del texto donde Hermes es reconocido como héroe civilizador y origen del conocimiento de la Grecia antigua. En ese instante ellos mismos establecieron la relación con el quehacer de sus médicos tradicionales y toda su parafernalia ritual (10).

Las enseñanzas dejadas a los estudiantes por este módulo, además del reconocimiento de estructuras comunes en las tradiciones literarias de todos los pueblos de la Tierra, son significativas por cuanto les permitieron entender su valor, precisamente como cuerpos de conocimiento vivo donde es posible encontrar las claves de su supervivencia cultural y como los documentos por excelencia para la construcción de verdaderos caminos de etnoeducación. Así mismo, les devolvió el respeto y la admiración por sus cabezas médicas y por sus autoridades espirituales. El resultado más visible fue que esa noche tomaron la decisión unánime de no vestir uniforme tipo personal paramédico, sino de recuperar sus indumentos tradicionales para acercarse verdaderamente a sus autoridades médicas, a sus ancianos y a sus paisanos, así como de aprender la lengua que han perdido las nuevas generaciones.

Resultaría muy extenso profundizar en todos los módulos del curso. Nos queda solamente señalar que los primeros meses del programa han demostrado una gran independencia de los gestores en la formulación de las prioridades en materia de salud dentro de sus comunidades. Algunos ejemplos:

- El gestor siona del resguardo El Hacha, a dos horas de Puerto Leguizamo sobre el río Putumayo, encontró que su comunidad ha perdido su tradición agrícola y la seguridad alimentaria está seriamente comprometida, por lo que su primera acción se dirige a consolidar una chagra comunitaria y a fomentar chagras individuales, introduciendo aquellos elementos de agroecología aprendidos durante el curso.
- La gestora ingana de la vereda Condagua vuelve a su comunidad, reconoce en su madre a una de las últimas chamanas de la Amazonia y está dispuesta a aprender de ella todos sus conocimientos sobre plantas medicinales. Para ello, construye un vivero donde está sembrando las plantas que su madre le va enseñando, para poderlas repartir a aquellas familias que se han integrado al programa. Adicionalmente, realizó una minga para la construcción de pozos sépticos para el adecuado manejo de las excretas en el poblado.
- La gestora coreguaje del resguardo San Miguel, en la cuenca del río Orteguaza, encuentra en su primera aproximación diagnóstica que su comunidad ha perdido el conocimiento ancestral sobre protección contra el paludismo y se enfrenta a una epidemia de paludismo que no ha sido posible manejar con los medicamentos del Servicio de Erradicación de Malaria. Se ofrece como voluntaria para manejar un puesto de control de

malaria y toma un curso de microscopía para seguimiento con gota gruesa. Además, se compromete en la recuperación de ese conocimiento entre los ancianos de su etnia y comienza a hacer recorridos por los resguardos vecinos para estudiar recursos adicionales con el fin de hacerle frente a la epidemia que, evidentemente, no se presentaba cuando todavía respetaban sus tradiciones milenarias.

- Los gestores tukano oriental completan el diagnóstico en las siete capitánías que conforman su asociación y demuestran que la gran enfermedad padecida por sus paisanos es la pérdida cultural, el abandono de todas aquellas prácticas culturales que aseguran el manejo adecuado del territorio, la disponibilidad de cacería, el cultivo de las chagras por parte de las mujeres y la transmisión de sus conocimientos en ceremonias y festividades. Su siguiente trabajo consistirá en aportar ese diagnóstico a la construcción del plan de vida de esta asociación, actualmente en curso.

Si bien es cierto que los primeros resultados del programa son altamente satisfactorios, reconocemos la necesidad de construir instrumentos de medición para evaluar el impacto del trabajo de los gestores en sus comunidades. Actualmente, contamos con el apoyo económico y académico de Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales de Canadá (CIET) para realizar un primer estudio de impacto, cuyos resultados podrán ser utilizados como base para formalizar el curso y para apoyar la implementación del programa desde el sector oficial. No obstante, y pese a lo novedoso y poco probado del curso, ya hay solicitudes de organizaciones tales como la Comunidad de las Hermanas

Lauritas, las Aldeas SOS y ONG, que encuentran que la formación de personal como gestor comunitario de salud puede encerrar la clave para mejorar las condiciones de salud de sus comunidades de influencia, desde la autorresponsabilidad y la autodeterminación.

Reconocemos preliminarmente la necesidad de contar con el apoyo de las comunidades y de las asociaciones indígenas, los cabildos o res-

guardos, las organizaciones de minorías étnicas, las juntas de acción comunal o el sector oficial para que el programa no dependa de donaciones externas sino de recursos propios. En segundo lugar, encontramos que la educación continua es primordial o bien la ampliación del curso, para asegurar más sosiego en la construcción conceptual y la asimilación de herramientas metodológicas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Herrera, X., Loboguerrero, M. Promoción de la salud desde la comunidad. Bogotá: Etnollano;1998; 63-64.
2. Ministerio de Salud, Dirección de Recursos Humanos, División de Capacitación. Capacitación de promotores indígenas de salud. Bogotá: Ministerio de Salud;1987.
3. Organización Mundial de la Salud. De Alma-Ata al año 2000: reflexiones a medio camino. Ginebra: OMS;1991.
4. Constitución Política de Colombia 1991. Bogotá: Legis;2004: artículos 7 y 8.
5. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Centro de prensa, Organización Panamericana de la Salud, OPS; Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, OMS. Disponible en URL: [http://www.mex.ops-oms.org/Spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.mex.ops-oms.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm). Consultada el 18 de marzo de 2006.
6. World Health Organization. Traditional Medicine and Health Coverage. Ginebra: WHO;1983.
7. OMS, Serie de Informes Técnicos, núm. 717. Necesidad de personal sanitario para alcanzar la salud para todos en el año 2000 mediante la atención primaria: Informe de un comité de expertos de la OMS;1985.
8. Akerele, O. Heywood, V. y Synge, H. Conservation of Medicinal Plants: Proceedings of an International Consultation;1988 March 21-27; Chiang Mai, Thailand. Londres: Cambridge University Press;1991.
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional: 2002-2005. Ginebra: OMS;2002.
10. Himno IV a Hermes. En Torres JB, editor. Himnos Homéricos. Madrid: Cátedra;2005: 159-209.