



Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue

**Proyecto “Control de la Malaria en las Zonas Fronterizas de la Región Andina:
Un Enfoque Comunitario” - PAMAFRO**

DIAGNÓSTICO SOCIO-ANTROPOLÓGICO

Elaborado por:

Roberto Suárez M. Silvia Mora S.

Asistentes de Investigación:

Milena Almeida
Ricardo Barón
Catalina González
Natalia Niño
Ángela Rincón
Rodrigo Sepúlveda
Ana María Ulloa

Julio 2006

Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue

Av. Paseo de la República 3832, 3er piso, San Isidro

Lima – Perú

Teléfonos: (51-1) 221 0074 – 440 9285

Proyecto “Control de la Malaria en las Zonas Fronterizas de la Región Andina: Un Enfoque Comunitario” - PAMAFRO

Calle Antequera 777, 6to piso – San Isidro

C.T. (51-1) 611 3700 Fax: (51-1) 611 3710

webmaster@conhu.org.pe

<http://www.orasconhu.org>

Este documento ha sido elaborado en el marco del Proyecto “Control de la Malaria en las Zonas Fronterizas de la Región Andina: Un Enfoque Comunitario” – PAMAFRO para el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, por el Convenio Andrés Bello.

La información contenida en este estudio no podrá ser reproducida total o parcialmente. Las opiniones expresadas no necesariamente reflejan los criterios o las políticas del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue.

INTRODUCCIÓN	20
CAPÍTULO 1 ZONA HOMOGENEA	32
DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA COLOMBIA --ESTADO ZULIA VENEZUELA	32
Mapa No. 1 Departamento de La Guajira	32
Tabla No. 1 Instrumentos metodológicos	33
1. ORGANIZACIÓN SOCIAL ZONA HOMOGENEA	34
DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA COLOMBIA --ESTADO ZULIA VENEZUELA .	34
Indicadores Departamento de La Guajira	34
Indicadores demográficos	34
Gráfico No.1 Población por municipios La Guajira 2005	35
Tabla No. 2 Porcentaje de población con NBI por municipios	36
Gráfica No.2 Porcentaje de población bajo la línea de pobreza años 2002-2004 ..	37
Tabla No.3 Comportamiento del desplazamiento por familias en La Guajira 1995-2005.....	37
Gráfico No.3 Población desplazada en La Guajira por grupos étnicos a Agosto de 2005.....	38
Tabla No.4 Distribución de resguardos indígenas según municipios 2006	39
Servicios de salud	40
Centros de Atención Médica	40
Tabla No.5 Centros de Atención Médica según Municipio 2000	40
Recurso Humano para Salud	41
Tabla No.6 Recurso Humano por Municipios Año 2000.....	41
Tabla No.7 Recurso Humano por Municipios Año 2000.....	42
Tabla No.8 Cobertura en Salud Régimen Subsidiado 2004 Régimen Contributivo 2004 Según Municipios La Guajira	43
Indicadores en Salud	44
Tabla No.9 Mapa Epidemiológico Año 2006 Semanas Epidemiológicas No. 1-22 Casos confirmados por Laboratorio Departamental	44
Tabla No.10 Número de eventos notificados y contrarreferencia. Red de Vigilancia Wayúu Semanas Epidemiológicas 1-52, Año 2003	45
Tabla No.11 Casos confirmados por Laboratorio Departamental La Guajira Semanas Epidemiológicas No. 1-52.....	46
Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad	47
Notificación	47
Gráfico 4 No. Cumplimiento en la notificación semanal SIVIGILA,	47
Fiebre Amarilla Control Vectorial	47
Tabla No.12 Municipio de Alto Riesgo: Dibulla – Pretratamiento 2004	47
Tabla No.13 Actividades desarrolladas Vigilancia y Control de Vectores 2004	48
Control Químico	48
Tabla No.14 Fumigación	48

Investigación entomológica	48
Tabla No. 15 Actividades de entomología.....	48
Gráfica. No.5 Incidencia de Malaria La Guajira 1999-2003.....	49
Tabla No.16 Distribución del Paludismo por Municipios La Guajira 2003.....	49
Sistema de Transporte	50
Tabla No.17 Estado de las vías primarias en el departamento de La Guajira 2004	50
Tabla No.18 Estado de las vías secundarias en el departamento según municipios	51
.....	51
Tabla No.19 Distancia entre Municipios (km).....	52
Economías locales	53
Gráfica No.6 Población por posición ocupacional en La Guajira 2004.....	53
Gráfica No.7 Empleo por rama de actividad económica 2004.....	53
Gráfica No.8 Tasa de desempleo por años La Guajira 2001-2004.....	54
Sanearamiento Ambiental	54
Gráfica No.9 Control de Calidad de Agua de Consumo Humano La Guajira 2000-	54
2003.....	54
Tabla No.20 Sistemas de Tratamiento de Agua Residual según Municipios 2004..	55
Tabla No.21 Transporte y Disposición Final de Residuos Sólidos según Municipio	56
(2004)	56
Servicios Públicos	57
Gráfica No.10 Cobertura porcentual de telefonía fija en el departamento 2005....	57
Gráfica No.11 Cobertura porcentual de gas domiciliario en el Departamento 2004	57
Gráfica No.12 Cobertura porcentual de acueducto y alcantarillado para el	58
departamento 2004	58
Gráfica No.13 Cobertura porcentual de aseo para el departamento 2004	59
Gráfica No.14 Cobertura porcentual de energía eléctrica para el departamento	60
2004.....	60
Sistema Educativo	60
Gráfica No. 15 Matricula por grados y sector 2004.....	60
Tabla No. 21 Número de instituciones y centros educativos por zonas según	61
municipios 2004	61
Tabla No.22 Matrícula por grupos étnicos indígenas y negritudes según municipio	62
2004.....	62
Tabla No.23 Matricula en Instituciones de Educación Regular por Discapacidad	63
Según Municipios Año 2004	63
Tipo de región	64
Tabla No.24 Datos geográficos según municipio-La Guajira.....	64
Tabla No.25 Clasificación de asentamientos en zonas rurales y urbanas.....	65
Características regionales	66
Indicadores demográficos	68
Tabla No.26 Censo Poblacional 2001 Estado de Zulia por municipios	68
Mapa No. 3 Número de Personas Estado Zulia	69
Tabla No.26 Censo población por grupos de edad Zulia 2001	70

Sistema de Transporte	71
Mapa No.4 Malla vial del Estado de Zulia	72
Infraestructura y vivienda	73
Tabla No. 27 Número de personas por tipo de establecimiento	73
2. DINÁMICAS SOCIALES ZONA HOMOGÉNEA	74
DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA COLOMBIA-ESTADO ZULIA VENEZUELA	74
Área de estudio antropológico	74
Dinámicas sociales asociadas a las características demográficas	75
Dinámicas sociales asociadas a los servicios de salud	79
Programas en Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad	80
Dinámicas sociales asociadas a las condiciones de vida	85
Dinámicas de desplazamiento y movilidad geográfica	90
MAPA CONCEPTUAL DINAMICAS SOCIALES ZONA HOMOGENEA	94
3. CULTURA DE SALUD ZONA HOMOGÉNEA	95
DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA COLOMBIA - ESTADO ZULIA VENEZUELA ..	95
Representaciones sociales de salud y enfermedad	95
Representaciones en salud	95
Representaciones de enfermedad	97
MAPA CONCEPTUAL REPRESENTACIONES SOCIALE SALUD Y ENFERMEDAD	99
MAPA CONCEPTUAL REPRESENTACIONES SOCIALES SALUD Y ENFERMEDAD (ENTREVISTAS).....	100
Percepciones de riesgo	101
Trayectorias de riesgo	102
Tabla No.28 Trayectorias de riesgo	102
Orientación temporal y percepción de riesgo	102
Representaciones sociales sobre la malaria	104
Itinerarios terapéuticos	107
MAPA CONCEPTUAL REPRESENTACIONES SOCIALES DE MALARIA	109
MAPA CONCEPTUAL PROVEEDORES DE SALUD	111
MAPA CONCEPTUAL ITINERARIOS TERAPÉUTICOS 1	111
Bibliografía	112
CAPÍTULO 2 ZONA HOMOGENEA	113
DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER- ESTADO DE TÁCHIRA	113
1. ORGANIZACIÓN SOCIAL ZONA HOMOGENEA	115
DEPARTAMENTO DE NORTE DE SANTANDER	115
ESTADO TÁCHIRA VENEZUELA	115
Indicadores Departamento Norte de Santander	115
Tabla No. 2. Generalidades Norte de Santander	115
Mapa No. 2. Norte de Santander	116

Indicadores socio-demográficos	116
Tabla No. 3. Indicadores socio-demográficos	116
Tabla No. 4. Población por municipio de Norte de Santander	117
Tabla No. 5. Población indígena.....	118
Tabla No. 6. Desplazamiento en el municipio	118
Tabla No. 7 Grupos armados en la region del Catatumbo	118
Indicadores Servicios de Salud:	119
Tabla No. 8. Indicadores en salud Norte de Santaner	119
Indicadores de malaria:	120
Tabla No. 9 Comportamieto de los casos de malaria en la region de centro oriente. Años 2000, 2001, 2002 y acumulado de la semana epidemiologica 44 de 2003	120
Programas de prevención y promoción de la salud	121
Economías locales:	122
Tabla No.10. Economías locales Norte de Santander.....	122
Servicios públicos:	122
Tabla No.11. Indicadores de servicios públicos.	122
Tabla No.12. Indicadores de servicios públicos	122
Sistema de transporte	123
Mapa 4. Malla vial Norte de Santander.....	123
Sistema educativo	124
Tabla No.13. Evolución Matricula y cobertura en educación 2002-2005	124
Tabla No. 14. Indicadores de analfabetismo.	124
Tabla No. 15 Matriculas por zona Norte de Santander	124
Indicadores Estado de Táchira	125
Tabla No.16 Datos generales del Táchira	125
Mapa No. 5 Estado de Táchira.....	126
Indicadores demográficos	127
Tabla No. 17 Población y vivienda para Táchira	127
Indicadores Servicios de salud	128
Indicadores sobre malaria	129
Gráfica 2. Estados con mayor número de casos de malaria.	129
Tabla 18 Casos de malaria por entidades federales SE 51-09	130
Economías locales	130
Tabla No.19 Economías locales Táchira	130
Sistema de transporte	131
Mapa 6. Malla vial Estado de Táchira	131
Sistema educativo:	132
Tabla No. 20. Indicadores de educación.....	132
2. DINÁMICAS SOCIALES ZONA HOMOGÉNEA	132
DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER-ESTADO DE TACHIRA	132
Dinámicas sociales de frontera viva	133
Dinámicas sociales relacionadas con el conflicto armado	135
Mapa No. 7 Ubicación grupos armados Norte de Santander	136
Dinámicas sociales relacionadas con la salud:	138

Servicios de salud acceso y uso:	138
Tabla No. 21. Características puesto de salud Puerto Santander	139
Tabla No. 22 Características ETV Norte de Santander	143
Trabajo binacional en salud:	145
Programas de promoción y prevención	146
Dinámicas sociales y malaria	147
Tabla No.23 Relación entre dinámicas sociales y malaria <i>características de zonas fronterizas</i>	149
3 CULTURA DE LA SALUD ZONA HOMOGÉNEA	153
DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER-ESTADO DE TÁCHIRA	153
Representaciones sociales de salud y enfermedad	153
MAPA CONCEPTUAL REPRESENTACIONES SOCIALES DE SALUD Y ENFERMEDAD	156
Representación social de la malaria	157
Malaria como enfermedad propia de una región:	158
MAPA CONCEPTUAL REPRESENTACIÓN SOCIAL DE MALARIA	160
Itinerarios terapéuticos:	161
MAPA CONCEPTUAL ITINERARIOS TERAPÉUTICOS.....	162
Percepción de riesgo	163
Trayectorias de riesgo	164
Tabla No.24. Trayectorias de riesgo	164
MAPA CONCEPTUAL PROVEEDORES DE SALUD	165
Bibliografía	166
CAPÍTULO 3 ZONA HOMOGÉNEA	167
DEPARTAMENTO DEL CESAR-ESTADO DE ZULIA	167
DEPARTAMENTO DEL CESAR	167
Mapa No.1 División política Departamento del Cesar	168
1. ORGANIZACIÓN SOCIAL ZONA HOMOGÉNEA	169
DEPARTAMENTO DEL CESAR-ESTADO DE ZULIA	169
Indicadores demográficos	169
Tabla No.1 Datos generales del departamento	169
Tabla No.2 Indicadores demográficos del departamento	169
Gráfico No.1 Distribución de la población rural y urbana.....	170
Gráfico No.2 Distribución porcentual de la población por grupos de edad	170
Tabla No.3 Proyección de población por Municipio 2005.....	171
Gráfico No.3 Porcentaje de Población pobre por municipio Departamento del Cesar	171
Gráfico No.4 Población desplazada por la violencia en el Cesar	172
Servicios de Salud	173
Gráfico No.5 Indicador de cobertura en salud por regiones	173
Gráfico No.6 Cobertura Régimen Subsidiado	174
Gráfico No.7 Porcentajes de afiliación al SGSSS Cesar-Colombia 2005.....	174
Tabla No.4 Infraestructura para la prestación en Salud Cesar.....	175

Servicios públicos:	175
Gráfico No.8 Indicador porcentual de cobertura de acueducto por regiones	175
Gráfico No.9 Indicador porcentual de cobertura de alcantarillado por regiones	176
Sistema de educación:	176
Gráfico No.10 Porcentaje de cobertura de educación por subregiones.....	176
Gráfico No.11 Matrículas educación básica por zona	177
Indicadores economías locales:	177
Tabla No. 5 Indicadores actividades población	177
Gráfico No.12 Participación porcentual de las Ramas de Actividad Económica en el PIB Departamental del Cesar.....	178
2. DINAMICAS SOCIALES ZONA HOMOGENEA	179
DEPARTAMENTO DE CESAR-ESTADO DE ZULIA	179
Dinámicas sociales asociadas a las características demográficas	179
Mapa No.2 Mapa político del Cesar.....	181
Fuente: Gobernación del Cesar.....	181
Dinámicas sociales asociadas a las condiciones de vida	182
Economías locales	182
Dinámicas de movilidad geográfica de la población	183
Tabla No.6 Dinámicas sociales de movilidad geográfica de la población.....	184
Mapa No. 3 AREA DE INFLUENCIA CESAR-ZULIA	185
Mapa No.4. Área de influencia de Norte de Santander	187
Relaciones de frontera	188
Tabla No. 7 Casos de malaria para el Municipio Jesus María Semprum	189
Mapa No. 5. Zona de Influencia	190
Bibliografía	192
CAPITULO 4. ZONA HOMOGÉNEA	193
ESTADO DEL AMAZONAS- DEPARTAMENTO DE VICHADA	193
Tabla No. 1 Instrumentos metodológicos	193
Tabla No. 2 Entrevistas a funcionarios Públicos	194
1. ORGANIZACIÓN SOCIAL ZONA HOMOGÉNEA	195
ESTADO DEL AMAZONAS-DEPARTAMENTO DEL VICHADA	195
Mapa No. 1 Frontera Amazonas- Vichada	195
Indicadores Estado del Amazonas	196
Tabla No. 3 Generalidades del Estado del Amazonas	196
Mapa No. 2. Estado del Amazonas	197
Indicadores demográficos	198
Tabla No. 4. Población	198
Indicadores en salud	199
Gráfico No. 1. Prestadores de servicios de salud	199
Tabla No. 4 Indicadores en salud.....	200
Economías locales	201
Tabla No. 5. Sectores de la economía	201

Saneamiento ambiental	202
Tabla No. 6. Indicadores en saneamiento ambiental.....	202
Servicios Públicos	203
Tabla No. 7. Cobertura de los servicios públicos	203
Sistema de Transporte	204
Tabla No. 8. Características de los sistemas de transporte	204
Sistema de Educación	205
Tabla No. 9. Indicadores en educación	205
Indicadores Departamento del Vichada	206
Tabla No. 10. Generalidades del departamento del Vichada	206
Mapa No. 3 Departamento del Vichada	207
Economía	211
Tabla No. 12 Indicadores económicos-Vichada	211
Saneamiento ambiental	212
Tabla No. 13 Indicadores Saneamiento Ambiental-Vichada	212
Servicios públicos	213
Tabla No. Indicadores Servicios Públicos-Vichada.....	213
Sistema de transporte	214
Tabla No. 14 Medios de Transporte y Comunicación	214
Sistema de educación	215
Tabla No. 15 Indicadores Educación - Vichada	215
ESTADO DEL AMAZONAS-DEPARTAMENTO DEL VICHADA	216
Tipos de proveedores en salud	216
Tabla No. 16 Proveedores en Salud Zona Homogénea	216
Participación social	217
MAPA CONCEPTUAL DINÁMICAS SOCIALES	222
Sistemas de transporte	223
3. CULTURA DE LA SALUD ZONA HOMOGÉNEA	245
ESTADO DEL AMAZONAS-DEPARTAMENTO DEL VICHADA	245
Representaciones sociales de salud y enfermedad	248
MAPA CONCEPTUAL REPRESENTACIONES SOCIALES DE SALUD Y ENFERMEDAD	251
MAPA CONCEPTUAL REPRESENTACIONES SOCIALES EN SALUD Y ENFERMEDAD-(2)	255
Percepción de riesgo	256
MAPA CONCEPTUAL CONSECUENCIAS DE LA PERCEPCIÓN DE BAJO RIESGO EN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO	257
MAPA CONCEPTUAL PERCEPCIÓN DE RIESGO	262
Trayectorias de riesgo	263
Tabla No.16 Trayectoria de riesgo-situacionales y disposicionales	266
MAPA CONCEPTUAL TRAYECTORIAS DE RIESGO	267
Itinerarios terapéuticos	268
MAPA CONCEPTUAL ITINERARIOS TERAPÉUTICOS	270

Orientación temporal	271
MAPA CONCEPTUAL ORIENTACIÓN TEMPORAL	274
Bibliografía	275
CAPITULO 5 ZONA HOMOGÉNEA	278
DEPARTAMENTO DE AMAZONAS – DEPARTAMENTO DE LORETO	278
Región Departamento del Amazonas – Colombia	278
Tabla No. Ficha técnica de entrevistas.....	278
DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS – COLOMBIA	278
Caracterización territorial	278
Tabla No. 1 Características geográficas.....	278
Mapa No. 1 ZONA HOMOGÉNEA.....	279
División político administrativa	279
Tabla No. 2 Organización Política.....	279
Mapa No. 2 DIVISIÓN POLÍTICA DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS.....	280
Aspectos demográficos	280
Tabla No. 3 Proyección de la población.....	280
Tabla No. 4 Distribución por grupos etáreos.....	281
Grupo Etáreo	281
Porcentaje	281
Población indígena	281
Tabla No. 5 Distribución población indígena.....	282
Redes sociales	283
Organización comunitaria	284
Tabla No. 6 AATI presentes en el departamento del Amazonas.....	284
Economía	285
Tabla No. 6 Actividades económicas por sectores.....	285
Sistemas de transporte	285
Sanearamiento ambiental y Servicios públicos	286
Sistema educativo	286
Instituciones, alumnos y docentes	287
Tabla No.7 Indicadores sistema educativo.....	287
Tabla No. 8 Educación Superior.....	288
Servicios de Salud	288
Secretaría de Salud Departamental del Amazonas	288
Tabla No. 9 Distribución personal de salud Secretaría de Salud.....	289
Mortalidad	291
Tabla No. 10 Causas Mortalidad.....	291
Región Departamento de Loreto – Perú	292
Tabla No. 11 Ficha técnica de entrevistas.....	292
DEPARTAMENTO DE LORETO PERÚ	292
Caracterización territorial	292
Tabla No. 12 Características geográficas.....	292

División político-administrativa	293
Tabla No. 13 División Política - Administrativa	293
Aspectos demográficos	294
Tabla No. 15 Fecundidad en adolescentes (15 a 19 años).....	295
Índices de pobreza	296
Tabla No. 16 Índices de Pobreza.....	296
Población indígena	298
Tabla No. 17 Distribución étnica por distrito y provincia	298
Redes Sociales	299
Organización comunitaria	300
Economía	301
Tabla No. 18 Actividades económicas	301
Clasificación del sector	301
Actividad	301
Sistemas de transporte	302
Saneamiento básico	302
Tabla No. 19 Indicadores (%) Saneamiento Básico	302
Servicios públicos	303
Educación	303
Tabla No. 20 Niveles de educación.....	303
Servicios de salud	304
Tabla No. 21 Funciones y Programas Dirección Regional de Loreto.....	304
Funciones	304
Servicios básicos en salud pública	304
Tabla No. 22 Establecimientos de salud estatal según nivel en el año 2002.....	304
Tabla No. 23 Establecimientos de Salud	306
Tabla No. 24 Organización de redes-salud	306
Tabla No. 25 Recursos humanos de la DRSA de Loreto por Microrred (2002)	307
Mortalidad	308
2. DINÁMICAS SOCIALES	310
DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS	310
Ecología humana, medio ambiente y adaptación sociocultural	310
Etnicidad	313
Participación social	314
Pobreza	318
Dinámicas en salud desde el sector público	318
Tipo de programas de Promoción y Prevención	319
Tabla No. 11 Actividades Coordinación de Patologías ETV.....	320
Componente/Objetivo	320

Actividades	320
Tabla No. 12 Puestos de la Red de Microscopia en el área rural.....	325
Corregimiento/Municipio	325
Localidades/comunidades.....	325
Mapa No. 3 Red de microscopia - Departamental.....	326
Aseguramiento de la población	329
Tabla No. 13 Distribución de afiliación al sistema de seguridad social 2005	330
Dinámicas de salud-enfermedad del departamento	331
Tabla No. 14 Casos de Malaria 2005.....	333
Movilidad geográfica	335
Cooperación binacional en salud	337
DEPARTAMENTO DE LORETO-PERÚ	338
Medio ambiente	338
Etnicidad	339
Economía	341
Dinámicas en salud desde el sector público	343
Tabla No. 27 Núcleo de gestión de lucha contra la malaria de DRSA Loreto	343
Resumen epidemiológico del departamento de Loreto	344
Tabla No. 28 Notificación de casos para Malaria	346
Movilidad geográfica	347
Cooperación binacional	348
3. CULTURA DE LA SALUD	349
DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS	349
Representaciones sociales en salud – enfermedad	349
Representaciones sociales salud-enfermedad – malaria	350
Percepción de Riesgo	353
Tabla No. 29 Trayectorias de riesgo	355
Itinerarios Terapéuticos	356
Mapa Conceptual Itinerarios Terapéuticos Comunidades indígenas	356
Mapa Conceptual Itinerarios Terapéuticos Comunidades urbanas	357
3.1 CULTURA DE LA SALUD	358
DEPARTAMENTO DE LORETO	358
Representaciones sociales en salud – enfermedad	358
Representaciones sociales en salud-enfermedad ETV – malaria	359
Tabla No. 29 Trayectorias de riesgo	360
Itinerarios terapéuticos	361
MAPA CONCEPTUAL ITINERARIOS TERAPÉUTICOS ÁREA RURAL – COMUNIDADES CAMPESINAS	362
MAPA CONCEPTUAL TRAYECTORIAS DE RIESGO PERIURBANOS	362
BIBLIOGRAFIA	364

CAPÍTULO 6 ZONA HOMOGENEA DEPARTAMENTO DE NARIÑO- PROVINCIA ESMERALDAS	365
Tabla No. 1 Instrumentos metodológicos	366
1 ORGANIZACIÓN SOCIAL ZONA HOMOGENEA NARIÑO-ESMERALDAS	367
Indicadores Región Nariño (Municipio De Tumaco)	367
Tipo de región	367
Tabla No. 2 Localidades visitadas.....	367
Tabla No. 3 Generalidades del municipio	370
Tabla No. 4 Distribución de la Población por Zonas a Diciembre del 2005	370
Tabla No. 5 Población por Grupos Etáreos 2003- 2007	370
Servicios de salud	371
Tabla No. 6 Población régimen subsidiado 2005	371
Gráfico No. 1 Diagrama de prestadores de servicios de salud	372
Indicadores de salud	373
Tabla No. 7 Análisis Demográfico del Municipio de Tumaco.....	373
Tabla No. 8. Diez Primeras Causas De Morbilidad Por Causa Externa 2005.....	374
Indicadores de Malaria	375
Gráfico No. 2. Casos Reportados 2004-2005	375
Programas en Promoción de la salud y prevención de la enfermedad	375
Economías locales	376
Tabla No. 9 Sectores de la economía	376
Servicios públicos	376
Saneamiento ambiental	377
Sistemas de transporte	377
Sistema educativo	377
Tabla No. 11 Matricula y Coberturas por Nivel 2002/2003- 2005/2006	378
Tabla No.12 Pruebas de Calidad de la Educación Básica	378
Gráfico No 3. Resultados pruebas de Ingreso a la Educación Superior.....	379
Indicadores Región Esmeraldas (Cantones San Lorenzo y Eloy Alfaro)	379
Tipo de Región	379
Tabla No. 13 Localidades visitadas	381
Tabla No. 14 Generalidades de los cantones San Lorenzo y Eloy Alfaro	381
Población	382
Tabla No. 15 Población de Eloy Alfaro y San Lorenzo	382
Tabla No. 16 Indicadores en desigualdad y pobreza	383
Prestadores oficiales de servicios de salud para la zona urbana	384
Prestadores de servicios de salud en la zona rural	384
Gráfico No. 4 Diagrama de prestadores de servicios de salud	385
Tabla No. 18 Indicadores de Salud del Cantón San Lorenzo	387
Tabla No. 19 Principales causas de mortalidad del cantón San Lorenzo (2000)	387

Diagnóstico Socio-Antropológico

Tabla No. 20 Principales causas de mortalidad del cantón Eloy Alfaro (2000)	388
Indicadores de Malaria	388
Gráfico No. 5 Morbilidad malárica por cantón. Año 2006.....	388
Mapa No 5 Estratificación de riesgo por IPA para la provincia de Esmeraldas 2006.....	389
Economías Locales (Cantones Eloy Alfaro y San Lorenzo)	390
Tabla No. 21 Sectores de la economía	390
Saneamiento ambiental	390
Servicios de transporte	390
Mapa 5. Vías de comunicación cantón Eloy Alfaro	391
Sistema educativo	392
Tabla No.22 Número de escuelas.....	392
Tabla No. 23 Tasas de analfabetismo de la población de 10 años y más en la Provincia de Esmeraldas.....	392
2. DINAMICAS SOCIALES ZONA HOMOGenea NARIÑO-ESMERALDAS	393
Cultura política y economía	393
Participación social y género	397
Organización comunitaria	399
Familia y redes sociales	401
Salud y Sociedad	402
Participación en programas de promoción y prevención	402
Acceso y uso de los servicios de salud	408
Proyectos Binacionales en Salud	413
3. CULTURA DE LA SALUD ZONA HOMOGenea NARIÑO-ESMERALDAS	415
Representaciones sociales de salud-enfermedad	415
Mapa conceptual sobre Representaciones sociales en salud y enfermedad.....	418
Representaciones sociales de la malaria	418
Mapa Conceptual sobre Representaciones sociales sobre la Malaria.....	422
Itinerarios terapéuticos	424
Mapa conceptual de posibles itinerarios terapéuticos urbanos	427
Mapa conceptual de itinerarios terapéuticos rurales-urbanos.....	428
Tabla No 24 Remedios y plantas usadas para aliviar sintomatología de la Malaria.....	428
Percepción de Riesgo	429
Trayectorias de riesgo	430
Tabla No .25 Trayectorias de riesgo	430
Bibliografía	433
CAPÍTULO 7 ZONA HOMOGéNEA SUCUMBÍOS-PUTUMAYO	434
Tabla No .1 Instrumentos metodológicos	434
Tabla No. 2 Datos Generales de la región de Sucumbíos y Putumayo.....	435
Tabla No. 3 Datos generales de las localidades visitadas	435
1. ORGNIZACIÓN SOCIAL ZONA HOMOGéNEA SUCUMBÍOS-PUTUMAYO ..	437
Indicadores Región Sucumbíos	437
Composición étnica de la población	437
Grupos etéreos	438
Gráfico No. 1 Distribución de la población por grupos etéreos	438
Gráfico No. 2 Distribución de la población por sexos y áreas de residencia.....	439

Economías locales	439
Tabla No. 4 Actividades económicas	439
Indicadores sociales	440
Tabla No. 5 Indicadores sociales.....	440
Servicios públicos	440
Tabla No. 6 Suministro de servicios públicos	440
Sistemas de transporte	441
Indicadores educativos	442
Tabla No. 7 Población por niveles de instrucción	442
Indicadores de salud	442
Tabla No. 8 Causas de morbilidad ambulatoria	443
Tabla No. 9 Enfermedades de vigilancia epidemiológica	444
Prevalencia de la malaria en la provincia	445
Gráfico No. 3 Evolución comparativa de la morbilidad palúdica	445
Gráfico No. 4 Morbilidad malárica por grupos etéreos	445
Gráfico No. 5 Casos de malaria por cantones	446
Gráficos 6 y 7 Prevalencia de la malaria en los centros de salud de Nueva Loja y Sansahuari.	446
Servicios de salud en Sucumbíos	447
Mapa Conceptual Servicios de Salud en la Provincia de Sucumbíos	449
Mapa No. 2 Red de Servicios de Salud de Sucumbios.....	450
Tabla No. 10 Inventario de la red de Servicios de Salud del MSP DPSS	451
Indicadores Región Putumayo	452
Mapa No 3 Putumayo	452
Composición étnica de la población	452
Grupos etéreos	453
Tabla No. 11 Distribución de la población de Putumayo	453
Tabla No.12 Distribución poblacional por sexos y áreas de residencia	453
Economías locales	454
Tabla No. 13 Actividades económicas	454
Sistemas de transporte	454
Tabla No.14 Población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).....	454
Servicios públicos	455
Tabla No.15 Suministro de servicios públicos	455
Tabla No. 16 Tasa de asistencia escolar primaria y secunda	455
<i>Fuente: Gobernación del Putumayo.</i>	455
Tabla No. 17 Analfabetismo en la población.....	456
Indicadores de salud	456
Tabla No. 18 Indicadores en salud	456
Prevalencia de la malaria	457
Tabla No. 19 Morbilidad malárica 2000-2006.....	457
Tabla No. 20 Población y servicios de salud	457

2. DINAMICAS SOCIALES ZONA HOMOGENEA SUCUMBIOS-PUTUMAYO ...	458
Mapa No. 4 regional de Putumayo	459
Condiciones de los servicios de salud y sistemas de aseguramiento en Sucumbíos.	460
Aspectos relativos a la identificación de problemas de salud.	461
Malaria, servicios públicos y dinámicas poblacionales.	462
Programas de promoción y prevención y percepciones circundantes.	465
Participación social y niveles de organización comunitarios.	467
3. CULTURA DE LA SALUD ZONA HOMOGENEA SUCUMBIOS-TUMBES	469
Representaciones en torno a salud, enfermedad y riesgo	469
Mapa Conceptual de Representaciones Sociales de la Salud la Enfermedad y el Riesgo	470
Factores de impacto identificados por la población	471
Mapa Conceptual de dinámicas relacionadas con las enfermedades parasitarias	472
Malaria y riesgo	473
Mapa conceptual sobre factores vinculados con la percepción de la malaria	476
Fiebre e itinerarios terapéuticos.	477
Trayectorias de riesgo	479
Tabla No. 21 Trayectorias de riesgo	479
Bibliografía	480
CAPÍTULO 8 ZONA HOMOGÉNEA PROVINCIA DE EL ORO-DEPARTAMENTO DE TUMBES	481
1. ORGANIZACIÓN SOCIAL ZONA HOMOGENEA PROVINCIA DE EL ORO-DEPARTAMENTO DE TUMBES	481
Tabla No. 1 Instrumentos metodológicos	481
Indicadores región Provincia de El Oro – Ecuador	481
Tabla No 2 Generalidades de Provincia de El Oro	481
Tabla No. 3 División político administrativa	482
Mapa No. 1 Ubicación de los cantones en la provincial de El Oro	483
Aspectos demográficos	483
Tabla No 4 Población total, urbana y rural	483
A. Total	483
Tabla No. 5 Población por sexo	484
Tabla No 6. Población por grupos etáreos	485
Tabla No. 6 Población económicamente activa de 5 años y más por sectores económicos	486
Redes sociales	487
Las redes sociales identificadas en la Provincia de El Oro son:	487

Asentamientos	488
Tabla No. 7 Características de la Vivienda (Censo 2001).....	488
Economía	489
Tabla No.7 Principales productos agrícolas	490
Productos	490
Superficie de cosecha (Ha)	490
Producción (TonM)	490
Banano-plátano	490
Tabla No 8 Características de la producción camaronera	490
Tabla No. 10 Pobreza por cantones.	491
Tabla No 11 Indicadores Socio Económicos provinciales.....	492
% de la población	492
Sistemas de transporte	492
Tabla No. 12 Red Vial Provincial	492
Tabla No. 13 Vías Cantonales (caminos Vecinales) por capa de rodadura	493
Tabla No. 14 Estado de las vías.....	494
Tabla No. 15 Transporte provincial	494
Sistema educativo	495
Tabla No.16 Nivel de instrucción	495
Tabla No.17 Tasa de Analfabetismo de la Población > 10 años según áreas y sexo (Censo 2001)	495
Servicios de salud	496
Dirección Provincial de Salud	496
Tabla No. 18 Unidades de salud Provincia El Oro.....	496
SNEM	497
Tabla No. 19 Principales causas de mortalidad (2004)	497
Región Departamento de Tumbes - Perú	498
Tabla No. 20 Instrumentos metodológicos	498
Indicadores región departamento Tumbes	498
Tabla No 21. Generalidades departamento Tumbes.....	498
División político administrativa	498
Tabla No. 22 División de provincias y distritos.....	499
Distritos	499
Mapa No.2 Región de Tumbes 1.....	499
Aspectos demográficos	500
El Departamento de Tumbes tiene una población de 220.214 habitantes representando el 0.79% de la población total del país.....	500
Tabla No. 23 Población y extensión por distrito	500
Tabla No. 24 Porcentaje de la población urbana por distritos.	501
Redes sociales	501
Asentamientos	502
Economía	502
Sector	503

Diagnóstico Socio-Antropológico

Número	503
%	503
Sistema de transporte	504
Servicios públicos	505
Tabla No. 26 Vivienda y Servicios básicos según el censo de 1993	505
Tabla No. 27 Porcentaje de hogares con servicios públicos	506
Educación	506
Tabla No. 28 Porcentaje de analfabetismo y de logro educativo por distrito	506
Tabla No 29 Indicadores generales sobre sistema educativo	507
Aspecto educativo	507
No.	507
Servicios de salud	507
Dirección Regional de Salud de Tumbes	507
Tabla No. 30 Funciones y programas de servicios básicos Dirección Regional de Tumbes	507
Funciones	507
Servicios básicos en salud pública	507
Tabla No. 31 Distribución establecimientos de salud	508
Tabla No. 32 Microrredes de Tumbes por distritos con establecimientos de salud y población asignada	509
Resumen epidemiológico	510
Tabla No. 33 Principales causas de mortalidad 2005	510
Causas.....	510
No. de Casos	510
%	510
TI x 100.000 hab	510
2. DINAMICAS SOCIALES ZONA HOMOGENEA PROVINCIA DE EL ORO- DEPARTAMENTO DE TUMBES	511
Dinámicas sociales provincia de El Oro	511
Medio ambiente	511
Economía	511
Condiciones sociales	512
Dinámicas en salud desde el sector público	515
Morbilidad	517
Tabla No.34 Casos de notificación obligatoria 2004	518
Enfermedades	518
No. Casos	518
Tabla No. 35 Estratificación malárica por Cantones (2001)	520
Tabla No. 36 Cantones de mayor riesgo (2001)	520
Tabla No. 37 Estratificación malárica por Cantones (2005).....	520
Tabla No. 38 Cantones de mayor riesgo (2005)	521
Tabla No. 39 Estratificación malárica por parroquias según IPA (2001)	521
Mapa No. 3 Estratificación malárica por parroquias según IPA (2001)	522
Tabla No. 41 Estratificación malárica por localidades según IPA (2001).....	523
Tabla No. 43 Localidades con mayor IPA (2001)	524

Diagnóstico Socio-Antropológico	
Tabla No. 45 Positividad malárica por grupo de edad (2005).....	525
Tabla No. 46 Positividad malárica por sexo (2005)	525
Tabla No. 47 Positividad malárica por grupo de edad (Primer Trimestre de 2006)	526
Tabla No. 48 Positividad malárica por sexo (Primer Trimestre de 2006).....	526
Dinámicas sociales región departamento de Tumbes	527
Medio ambiente	527
Economía	527
Condiciones sociales	528
Dinámicas en salud desde el sector público	530
Resumen epidemiológico del departamento de Tumbes	533
Morbilidad	533
Tabla No. 49 Principales causas de consulta externa en establecimientos de salud DIRSA Tumbes - 2005.....	533
Malaria	533
Tabla No. 50 Casos de malaria en el 2005	534
Tabla No. 51 Estratificación distrital de malaria según Índice Parasitario Anual (IPA) Región Tumbes 2004 - 2005	534
Mapa No 5 Estratificación distrital de malaria según Índice Parasitario Anual (IPA) Región Tumbes 2004.....	534
Mapa No. 6 Estratificación distrital de malaria según Índice Parasitario Anual (IPA) Región Tumbes 2005.....	535
Cooperación binacional	536
3. CULTURA DE LA SALUD ZONA HOMOGENEA	537
PROVINCIA DE EL ORO-DEPARTAMENTO DE TUMBES	537
Cultura de la salud de la provincia de El Oro	537
Representaciones sociales en salud – enfermedad ETV – malaria	537
Mapa conceptual de itinerarios terapéuticos.....	540
Trayectorias de riesgo	541
Tabla No. 52 Trayectorias de riesgo Provincia de El Oro	541
Cultura de la salud departamento de Tumbes	542
Representaciones sociales en salud-enfermedad	542
Representaciones sociales en salud-enfermedad ETV – malaria	543
Itinerarios terapéuticos	544
Mapa conceptual de itinerarios terapéuticos.....	545
Trayectorias/percepción de riesgo	546
Tabla No. 1 Localidades visitadas.....	550
Tabla No. 2 Instrumentos metodológicos utilizados	550
1. ORGANIZACION SOCIAL ZONA HOMOGENEA MORONA SANTIAGO	551
Tipo de región	551
Tabla No. 3 Caracterización del Cantón Taisha.	551
Organización política del cantón:	551
Tabla 4. División política del cantón Taisha.....	552
Población	552
Tabla No. 5 Población del cantón por parroquias según sexo	552
Servicios de Salud	552
Prestadores de servicios de salud:	552

Diagnóstico Socio-Antropológico

Tabla No. 6 Proveedores de Salud	553
Indicadores en Salud	553
Tabla No. 7 Causas principales de morbilidad, Taisha. 2001.....	553
Indicadores de Malaria	553
Gráfico No. 1 Incidencia anual por Plasmodium Vivax en Morona Santiago (1995-2005)	553
Programas en Prevención y Promoción	554
Economías Locales	554
Tabla No. 8 Economía de subsistencia y economía de mercado	554
Servicios Públicos	554
Sanearamiento ambiental	555
Sistemas de transporte	555
Tabla No.10 Sistemas de transporte	556
Sistema educativo	556
Tabla No. 11 Planteles educativos primarios y secundarios del cantón Taisha.....	556
Tabla No. 12 Actores sociales en el Cantón Taisha	557
2. DINAMICAS SOCIALES ZONA HOMOGENEA MORONA SANTIAGO	558
Economías locales	560
Cultura e Identidad	561
Organización comunitaria: participación y liderazgo	564
Gráfico No. 2 Comité de gestión para los planes de desarrollo.....	565
Acceso y uso a los servicios de salud	566
Gráfico No. 3 Dinámicas sociales relacionadas con la Malaria	569
3. CULTURA DE LA SALUD PROVINCIA MORONA SANTIAGO	570
Representaciones sociales de salud y enfermedad	570
Representaciones de salud y enfermedad para la comunidad Shuar	570
MAPA CONCEPTUAL DE REPRESENTACIONES DE SALUD Y ENFERMEDAD COMUNIDAD SHUAR	572
Representaciones sociales de salud y enfermedad para los colonos	573
MAPA CONCEPTUAL DE REPRESENTACIONES DE SALUD Y ENFERMEDAD COMUNIDAD DE COLONOS.....	574
Representaciones sociales sobre la malaria	575
MAPA CONCEPTUAL DE REPRESENTACIONES SOCIALES DE MALARIA	577
Percepción de riesgo	578
Tabla No. 13 Trayectorias de riesgo	578
.....	¡Error! Marcador no definido.
Mapa conceptual de itinerarios terapéuticos	580
Mapa conceptual itinerarios terapéuticos (rural, rural-urbano)	581
Bibliografía	581
Discusión y conclusiones	582

INTRODUCCIÓN

El informe que se presenta es el resultado de un proyecto de investigación/diagnóstico social desde la antropología médica. Para este campo de conocimiento, la salud es considerada como un evento permanente en la historia de vida de las personas, que es a su vez el resultado de un proceso donde intervienen diferentes factores biopsicosociales. Sobre esta base, la estructura tanto de la información como de la aproximación de este informe da cuenta de una mirada holística en donde la complejidad de lo que es la salud y la enfermedad se entiende a través de la articulación de los microniveles-individuales y los macroniveles-sociales.

De esta forma, diferentes elementos permitieron estructurar este informe. El primero hace referencia a la conceptualización de procesos de salud y enfermedad desde el ámbito de lo cultural y desde lo público. En segundo lugar, la mirada cultural no es un elemento marginal sino un elemento central para entender el campo de la salud y la enfermedad en cada zona. Es decir, que la aproximación desde la cultura busca entender las racionalidades locales de lo que es la salud y la enfermedad en el ámbito de la vida cotidiana. Así mismo, esto significa que en este trabajo al presentar la cultura, estamos vinculando lo popular no como algo secundario sino como un elemento que define las lógicas o saberes cotidianos. Por esta razón, hacemos referencia a representaciones sociales que implican pensar la salud como un sistema de pensamiento organizado o como la cognición cotidiana de la población.

De la misma manera el presentar datos estadísticos sobre las zonas permite articular el nivel micro con el nivel macro. Esta articulación además da cuenta del contexto en el que se desarrolla el campo de la salud y la enfermedad y permite, de esta manera, sobrepasar los reduccionismos asociados a prácticas sociales que han sido caracterizados como inapropiados por sectores de la población. Así mismo, al tratar de entender las dinámicas sociales desde el interior de la cultura nos permite aproximarnos a un concepto muy

Diagnóstico Socio-Antropológico

occidental como es la idea de riesgo y prevención. Por esta razón, la idea de introducir el concepto de orientación temporal nos exige pensar en la noción de espacio tiempo de acuerdo a las lógicas de un grupo social. En esta medida la percepción del tiempo, en su orientación temporal, es un factor que permite entender las lógicas individuales y sociales de pensamiento y acciones relacionadas con las prácticas de cuidado y mantenimiento de la salud y los problemas de la enfermedad particulares al contexto de cada grupo social.

Tanto las representaciones en salud como las orientaciones temporales permiten entender cuales son las lógicas que determinan las trayectorias en salud de un individuo o un grupo social. Es decir, que acudir a ciertos proveedores en salud, automedicarse, usar medicina tradicional, tolerar los síntomas, resignificar la enfermedad y construir saberes son el resultado de un sistema de pensamiento puesto en práctica al servicio de la persona y su comunidad. Por esta razón, los itinerarios terapéuticos develan el quehacer cotidiano de la población en salud. Cada paso, cada recorrido nos invitan a reconocer por qué y cuál es la funcionalidad de la decisión tomada para solucionar sus problemas en salud y enfermedad.

El conjunto de estos elementos teóricos nos permitió responder al objetivo central de este proyecto: desarrollar un análisis social antropológico médico de la malaria en las zonas de frontera de cuatro países de la Comunidad Andina de Naciones: Perú, Venezuela, Ecuador y Colombia.

Para desarrollar el trabajo se diseñó el siguiente mecanismo:

- Frente a la complejidad de desarrollar un análisis desde la antropología médica para cada zona debimos reflexionar que cada país es un Estado-nación y las zonas de frontera son constructos sociales que sirven de manera funcional a las necesidades de las poblaciones que habitan esos espacios geográficos.
- Bajo esta premisa, cada zona de frontera presenta al interior de las características generales, unas dinámicas precisas producto de la condición regional.

Diagnóstico Socio-Antropológico

- A pesar de la multiculturalidad las zonas muestran rasgos generales que para efectos de análisis evidencian la interdependencia entre cada una de ellas. El hecho de que muchas de estas regiones estén inmersas en el espacio selvático, *ipso facto*, exige aproximarse con una mirada en conjunto en donde las regiones, para efecto de análisis se presentan como diferentes pero en la realidad de las poblaciones las distancias físicas se reducen a través de los aspectos socioculturales.
- En esta medida cuando se planteó el reconocimiento desde la antropología médica de ciertas zonas homogéneas, la idea original sugería pensar cada espacio geográfico de manera independiente. Sin embargo, al empezar la construcción del trabajo mediante fuentes secundarias se develaron las zonas no latentes dentro de las zonas homogéneas. El impacto de este hecho permitió la reconfiguración de las zonas escogidas para el trabajo de campo y el tipo de dispositivo metodológico que se debía implementar para cumplir con los objetivos planteados.
- En este sentido, el informe da cuenta de zonas homogéneas vinculadas no a su límite político sino a las áreas de influencia que se constituyen de acuerdo a factores determinantes como las fronteras vivas, las economías locales binacionales (legales e ilegales), las dinámicas culturales, la movilidad geográfica de personas independientemente de la calidad de la infraestructura de comunicación fluvial o terrestre y el factor étnico.
- Las zonas de frontera de los países, siguiendo parámetros de geografía humana, se dividieron para efectos de recolección de la información en los siguientes espacios geográficos:
- Frontera Norte: Colombia-Venezuela:
 - Guajira-Zulia
 - Cesar-Zulia
 - Norte de Santander-Táchira

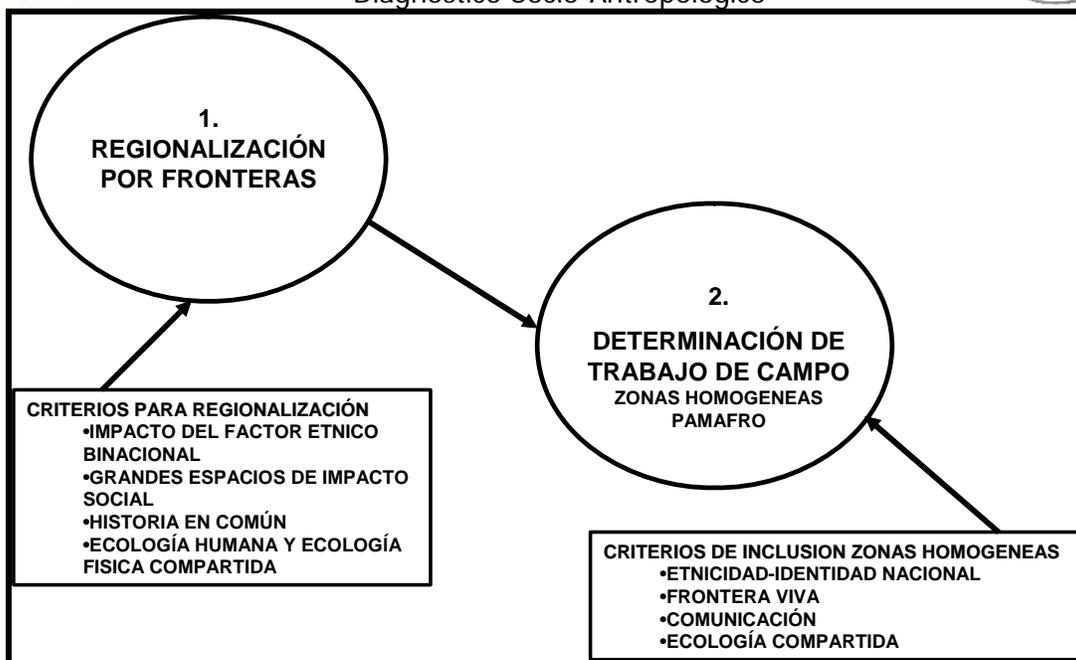
- Frontera Nororiental:
 - Amazonas Venezolano-Vichada

- Frontera Sur:
 - Amazonas Colombiano-Loreto
 - Amazonas Colombiano-Amazonas Ecuatoriano
 - Amazonas Peruano-Amazonas Ecuatoriano

- Una vez hecha esta primera macro-regionalización se procedió a incluir las zonas homogéneas establecidas por el PAMAFRO de acuerdo a cuatro criterios. Estos criterios corresponden a:
 - Factor demográfico que incluye la etnicidad y la identidad nacional.
 - Factor de Frontera Viva que significa una historia en común en donde la frontera política no separa las actividades cotidianas de los grupos sociales que la habitan.
 - Factor de comunicación estructural que puede ser fluvial, terrestre y aéreo.
 - Factor de una ecología compartida que define gestión de cotidianidades, posibilidades y necesidades.

- Al interior de cada uno de estos espacios se vincularon las zonas establecidas originalmente por el PAMAFRO. Dentro de la multiplicidad de zonas se hizo necesario construir una muestra cualitativa para la articulación de tres factores. En primer lugar, una representatividad de las regiones macro; en segundo lugar, las exigencias del tiempo para llevar a cabo el trabajo (dos meses); por último, el presupuesto asignado para la investigación.

Diagnóstico Socio-Antropológico



- En este orden de ideas se logró una reconfiguración del trabajo de campo para cumplir con el objetivo propuesto y se visitaron las siguientes zonas homogéneas:
 - Zulia-Guajira
 - Zulia-Cesar
 - Táchira-Norte de Santander
 - Estado del Amazonas-Vichada
 - Departamento del Amazonas-Loreto
 - Putumayo-Sucumbíos
 - Putumayo-Loreto
 - Loreto *Orellana*
 - Nariño-Esmeraldas
 - Provincia de El Oro-Departamento de Tumbes
 - Morona Santiago-Loreto

Teniendo en cuenta este proceso debemos hacer algunas precisiones frente al trabajo presentado. Todas las zonas homogéneas presentadas se precisaron de acuerdo a la información brindada por el Convenio Andrés Bello.

De acuerdo a las zonas homogéneas establecidas inicialmente por el PAMAFRO debemos señalar la complejidad de dos regiones, dentro de las cuales se encuentran varias zonas homogéneas y que a su vez deben ser estudiadas desde la interdependencia entre ellas.

La primera es la región del Amazonas tri-nacional (Perú, Ecuador y Colombia) en donde se presentan seis regiones identificadas para la zona fronteriza entre Colombia, Perú y Ecuador.

- Putumayo-Loreto
- Putumayo-Sucumbíos
- Amazonas-Loreto
- Orellana-Loreto
- Morona Santiago-Loreto
- Pastaza-Loreto

Estas regiones presentan características compartidas en términos de ecología selvática, población caracterizada por un componente étnico (indígenas), mestizos y en menor proporción blancos. Además, presentan perfiles de economía extractiva marcada por altos niveles de precariedad social y para algunos de estos espacios geográficos, la presencia importante de grupos sociales que buscan transformar las sociedades locales: misioneros católicos, misioneros protestantes, grupos mesiánicos, ONGs y empresas transnacionales de petróleo.

Primera región-Amazonía tri-nacional



Fuente: Texas University virtual library

La segunda es la región ubicada en la frontera norte:

- Guajira-Zulia
- Cesar-Zulia
- Táchira-Norte de Santander



Diagnóstico Socio-Antropológico



En esta región se evidencia un importante componente étnico con comunidades indígenas, mestizas y afrodescendientes que históricamente han compartido territorios dando lugar a espacios geográficos de intercambios tanto culturales como económicos. De igual forma las economías extractivas en las regiones tienen un lugar importante en las dinámicas sociales locales. Esta frontera presenta un rasgo importante de señalar que hace referencia a la movilidad geográfica, hecho social que impacta no sólo el aspecto económico sino la salud de las poblaciones.

Segunda región-frontera norte.



Fuente: Texas University virtual library

La lógica de presentación del documento está determinada por la presentación de los lugares estudiados en donde se articulan los macro niveles dados por las fuentes secundarias y el trabajo de campo en la zona dado por el dispositivo metodológico implementado. Cada capítulo incluye una presentación de información y de datos generales y discusión para cumplir con los siguientes objetivos planteados por el PAMAFRO (2006):

Diagnóstico Socio-Antropológico

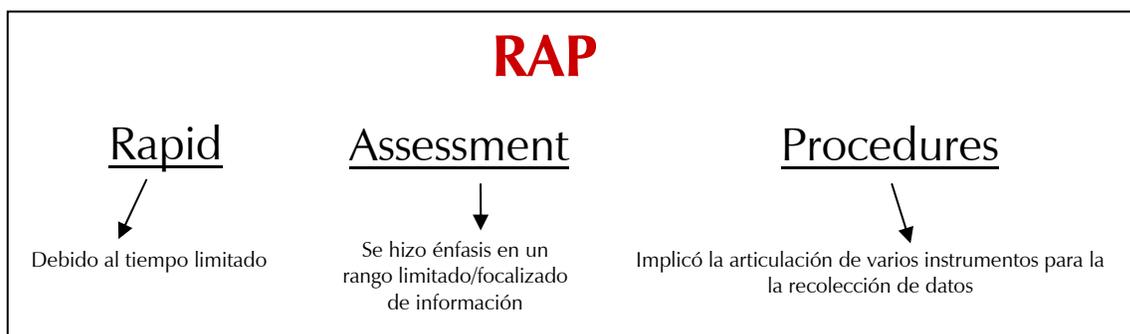
- Un contexto socio-cultural y económico:
 - Las localidades y su perspectiva histórica
 - Las localidades y sus patrones de asentamiento
 - Información demográfica
 - Organización social
 - Líderes comunitarios, autoridades e informantes claves
 - Modos de producción
- Contexto de salud:
 - Sistema de salud
 - Percepción de la situación de salud desde los actores
 - Su percepción de los servicios e instituciones prestadoras de servicios de salud, con énfasis en programas de control de la malaria y de otras enfermedades transmitidas por vectores (ETV).
 - Definición de itinerarios terapéuticos
 - Evaluación de las estrategias más adecuadas para mercadeo social en promoción y prevención con énfasis en malaria y ETV
 - Morbilidad y mortalidad percibidas con énfasis en malaria como problema de salud pública
 - El riesgo de enfermar de malaria desde el punto de vista de las comunidades
 - Visión del problema de la malaria desde el punto de vista de las instituciones prestadoras de salud
 - La respuesta social al problema de la malaria: recursos humanos directa e indirectamente relacionados con la salud y con la atención de la malaria; recursos terapéuticos,
- Estilos de vida:
 - Vivienda
 - Mobiliario y otros enseres
 - Vestido
 - Higiene de las viviendas y de la comunidad
 - Alimentación y patrones

Para este efecto se construyó un dispositivo metodológico adaptado a lo requerimientos:

1. Tiempo (dos meses)
2. Diagnostico socio antropológico de zonas homogéneas
3. Construcción de indicadores sociales

Sobre esta base se utilizaron los siguientes instrumentos:

1. Instrumento primarios: se construyeron a partir del marco RAP. Métodos de evaluación rapidos/Rapid Assesment Procedures



Diagnóstico Socio-Antropológico

Además se desarrollaron:

- Entrevistas en profundidad, Grupos focales, Observación social directa y Free listing en donde se pide a los participantes que desarrollen listas (enfermedades, recursos en términos de servicios de salud, prioridades de la comunidad). El conjunto de estos instrumentos permitió dar una idea global del grado general de conocimiento de un hecho social en la comunidad, además de proveer la información sobre la prioridad que la comunidad le otorga un problema frente a otros.

2. Instrumentos secundarios:

- Matrix ranking: Problemas o enfermedades son categorizados de acuerdo a distintos criterios.
- Mapeo social: Diagramación en términos de flujos de categorías interdependientes Resultado de la Observación social directa, Free listing y entrevistas.

En la parte final del documento se presenta la discusión y las recomendaciones para el trabajo en malaria en las diferentes regiones.

La siguiente tabla fue utilizada como guía para las entrevistas y los otros instrumentos metodológicos implementados.

Variable	Indicadores
Organización social	<ol style="list-style-type: none"> 1. Servicios de salud 2. Tipo de programas en Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad 3. Sistemas de Transporte 4. Economías locales 5. Saneamiento ambiental 6. Recolección de basuras 7. Alcantarillado 8. Servicios públicos 9. Sistema educativos 10. Tipo de región – rural, urbana, tipos de asentamientos, sistemas ecológicos urbanos y peri-urbanos
Cultura médica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Representaciones sociales en salud – enfermedad 2. Representaciones sociales en salud – enfermedad ETVs - malaria 3. Itinerarios terapéuticos 4. Tipos de proveedores en salud 5. Trayectorias de riesgo 6. Percepción de riesgo 7. Orientación temporal
Dinámicas sociales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aspectos demográficos – origen étnico, grupos etareos, indicadores en salud, indicadores NBI, ESS 2. Participación social 3. Niveles de organización comunitarios – ver empoderamiento local en salud 4. Tipos de aseguramiento social 5. Redes sociales – madres comunitarias, ONGs, organizaciones comunitarias 6. Sistemas de Transporte – transporte público, bicicleta y otros 7. Economías locales – tipos de empleo, fuentes de empleo, distribución de recursos intrahogar 8. Sistema educativos – acceso y uso 9. Servicios de salud - acceso y uso

Finalmente, la producción de este documento exigió sobrepasar los límites impuestos originalmente para el componente socio-antropológico. Es decir, que para cada región el trabajo de campo requirió visitas a diversas localidades y desde la estructura metodológica ampliar los instrumentos.

Diagnóstico Socio-Antropológico

CAPÍTULO 1 ZONA HOMOGENEA DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA COLOMBIA ESTADO ZULIA VENEZUELA

La información que se presenta a continuación es producto del trabajo de campo de investigación en antropología médica en la región de la guajira colombiana y venezolana, correspondientes al Departamento de La Guajira y el Estado de Zulia respectivamente.

Esta región está localizada en la extremidad septentrional de Suramérica, internándose en el mar Caribe en forma de península. Por su ubicación costera y fronteriza históricamente se ha constituido como un territorio de constantes migraciones e intercambio comercial en donde hoy en día conviven diversos grupos culturales.

En este informe se presentan los resultados en tres secciones temáticas interrelacionadas: la organización social de la zona con los indicadores estadísticos, las principales dinámicas sociales y la cultura de la salud de la población.



Mapa No. 1 Departamento de La Guajira

Fuente: Gobernación La Guajira

El Departamento de La Guajira limita al Norte con el mar Caribe; al Oriente con la República de Venezuela; al Occidente con los Departamentos del Cesar y Magdalena y al Sur con la República de Venezuela y el Departamento del Cesar. Tiene una extensión de 22.825 Km², que representan el 15.10% de la Región Caribe colombiana (151.118 Km²) y el 2.00% de la superficie del país (1.141.748 Km²) (Gobernación de La Guajira, 2005). En la actualidad el Departamento de la Guajira cuenta con 15 Municipios incluyendo su Capital Riohacha.

Tabla No. 1 Instrumentos metodológicos

Lugares visitados	Instrumentos: Entrevistas semi-estructuradas	Trabajo de archivo Documentos oficiales
Colombia Municipios: Riohacha Dibulla Manaure Venezuela: Maracaibo Paraguachón	Entrevistas = 35	-Planes de desarrollo
	Grupos focales = 1	-Estadísticas
	Grupos Etáreos: 20- 65 años Entrevistados: Miembros de la comunidad, funcionarios de malariología y ETV, médicos, promotores de salud, encargados de las labores de laboratorio, funcionarios sector oficial en salud	-Documentos de trabajo -Mapas -Material informativo y educativo de E.T.V

1. ORGANIZACIÓN SOCIAL ZONA HOMOGENEA
DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA COLOMBIA --ESTADO ZULIA VENEZUELA



Vivienda en el Municipio de Dibulla

- **Indicadores Departamento de La Guajira**
- **Indicadores demográficos**

Gráfico No.1 Población por municipios La Guajira 2005

(Gobernación, 2006)

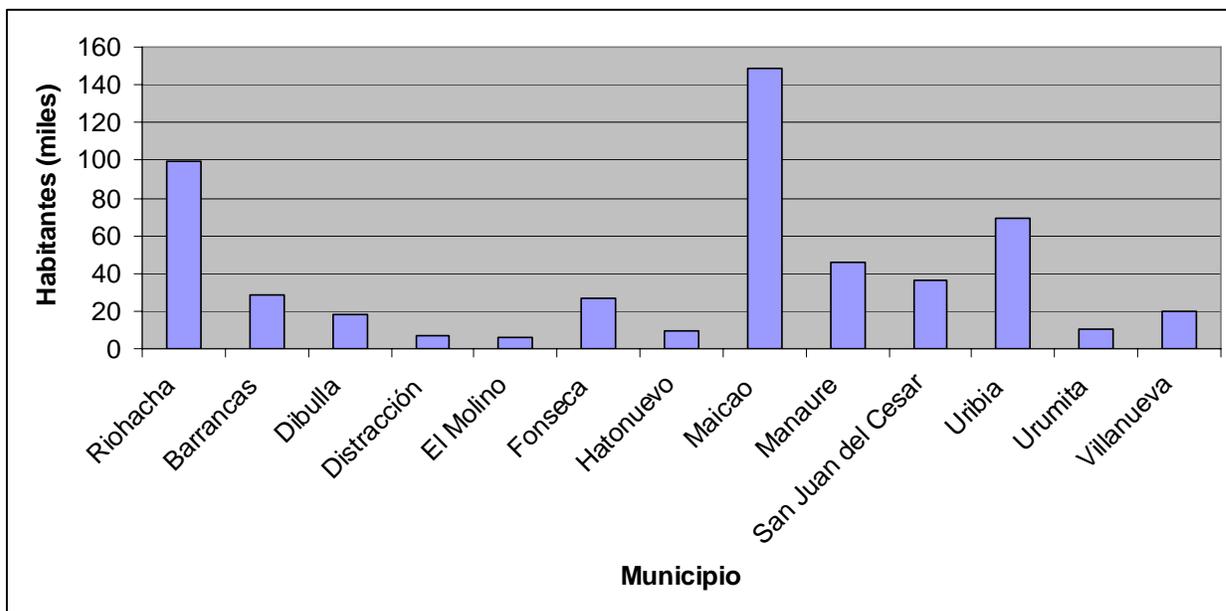


Tabla No. 2 Porcentaje de población con NBI por municipios
(Gobernación, 2006)

MUNICIPIOS	NBI
RIOHACHA	58
ALBANIA	67
BARRANCAS	44
DIBULLA	69
DISTRACCION	52
EL MOLINO	60
FONSECA	50
HATONUEVO	48
LA JAGUA DEL PILAR	92
MAICAO	58
MANAURE	100
SAN JUAN DEL CESAR	49
URIBIA	99
URUMITA	60
VILLANUEVA	50

Gráfica No.2 Porcentaje de población bajo la línea de pobreza años 2002-2004

(Gobernación, 2006)

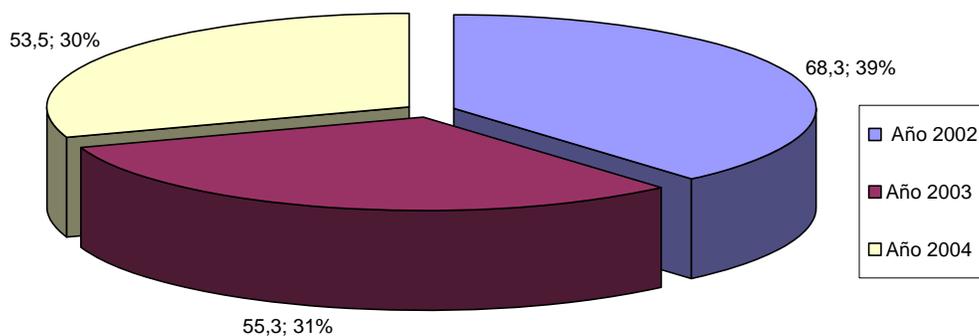


Tabla No.3 Comportamiento del desplazamiento por familias en La Guajira 1995-2005

AÑO	NÚMERO DE FAMILIAS	PORCENTAJES
1995-1998	82	1,56%
1999	270	5,15%
2000	331	6,32%
2001	504	9,62%
2002	1.769	33,78%
2003	1.168	22,30%
2004	624	11,91%
2005	488	9,32%
TOTAL	5.236	100%
Fuente: Red Solidaridad Social		

Gráfico No.3 Población desplazada en La Guajira por grupos etáreos a Agosto de 2005
(Gobernación, 2006)

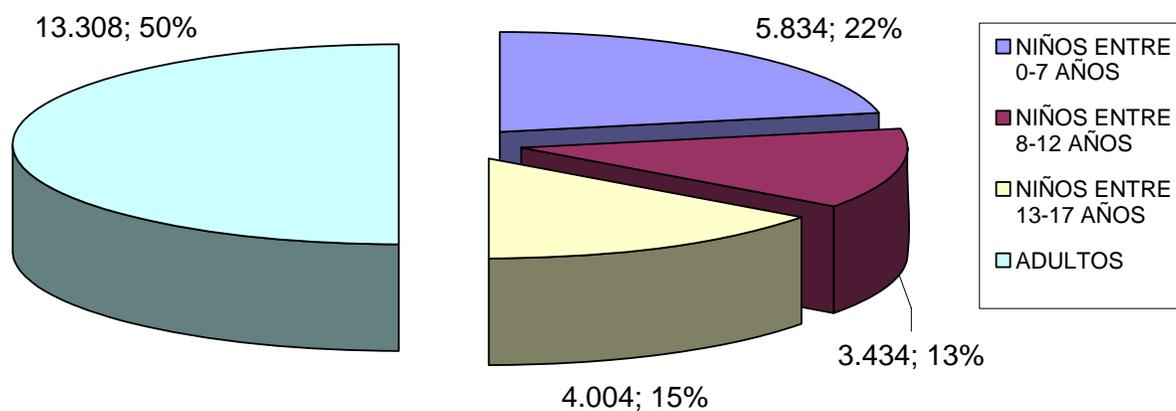


Tabla No.4 Distribución de resguardos indígenas según municipios 2006
(Gobernación, 2006)

	MUNICIPIO	RESGUARDO	POB. CERTIFICACIÓN 2006
1.	Dibulla	Kogui-Malayo-Arhuaco	6070
2.	San Juan Del Cesar	Kogui-Malayo-Arhuaco	820
3.	Barrancas	El Zahino Guayabito Muriaytuy	1358
4.	Barrancas	Provincial	909
5.	Barrancas	San Francisco	869
6.	Barrancas	Trupiogacho-La Meseta	951
7.	Distracion	Caicemapa	485
8.	Distracion	Potrerito	137
9.	Fonseca	Mayabangloma	591
10.	Hatonuevo	Wayuu De Lomamato	1148
11.	Maicao	Alta Y Media Guajira	31914
12.	Manaure	Alta Y Media Guajira	36625
13.	Riohacha	Alta Y Media Guajira	1902
14.	Uribia	Alta Y Media Guajira	58964
15.	Albania	Cuatro De Noviembre	227
16.	Riohacha	Las Delicias	532
17.	Riohacha	Monte Harmon	209
18.	Riohacha	Mañature	269
19.	Maicao	Okochi	299
20.	Maicao	Soldado Parate Bien	42
21.	Riohacha	Soldado Parate Bien	152
22.	Riohacha	Una Apuchon	1309
23.	Hatonuevo	Cerro De Hatonuevo	201
24.	Barrancas	Cerrodeo	496
25.	Hatonuevo	Wayuu Rodelto El Pozo	280
26.	Riohacha	Soldado Parate Bien	152
27.	Riohacha	Una Apuchon	1309
28.	Hatonuevo	Cerro De Hatonuevo	201
29.	Barrancas	Cerrodeo	496
	Total		148.917

Servicios de salud

A continuación se presentan los indicadores para servicios de salud en el Departamento de La Guajira.

Centros de Atención Médica

Tabla No.5 Centros de Atención Médica según Municipio 2000

(DAP, 2000).

Municipio	Hospitales	Clínicas	Puestos de Salud	Centros de Salud	Niveles				Número de Camas
					1	2	3	SN	
Riohacha	1	3	10	4	x	x			76
Albania	1		1	2	x				1
Barrancas	1		9		x				13
Dibulla	1		4	4	x				
Distracción	1		4		x				9
El Molino	1		0		x				9
Fonseca	1		6		x				10
Hatonuevo	1				x				8
La Jagua del Pilar	1		1		x				
Maicao	1	1	2	2	x	x			54
Manaure	1		1	2	x				13
San Juan del Cesar	1		18	3	x	x			47
Uribe	2		6	4	x				62
Urumita	1		2		x				8
Villanueva	1		4		x				11
Total departamento	16	4	68	21					321

Recurso Humano para Salud

Tabla No.6 Recurso Humano por Municipios Año 2000

(DAP, 2000)

Municipio	Médicos				Técnicos en
	Generales	Especialistas	Odontólogos	Bacteriólogos	Saneamiento
Riohacha	6	0	2	1	11
Albania	2	0	1	0	0
Barrancas	11	11	4	3	3
Dibulla	2	0	1	1	1
Distracción	4	0	2	1	1
El Molino	3	3	1	1	1
Fonseca	6	2	2	2	5
Hatonuevo	4	0	1	1	0
La Jagua del Pilar	1	0	1	0	1
Maicao	22	15	3	6	2
Manaure	7	0	3	2	2
San Juan del Cesar	16	23	6	7	5
Uribe	11	1	5	3	2
Urumita	4	2	2	1	1
Villanueva	6	8	2	2	3
Total departamento	105	65	36	31	38

Tabla No.7 Recurso Humano por Municipios Año 2000

(DAP, 2000)

Municipio	Enfermeras		Promotoras de Salud	Otros	
	Profesionales	Auxiliares		Auxiliares	urial y serv.
Riohacha	6	68	16	1	62
Albania	0	3	3	0	4
Barrancas	3	29	8	14	26
Dibulla	1	2	1	2	5
Distracción	1	10	4	2	10
El Molino	1	4	3	4	4
Fonseca	2	18	6	8	28
Hatonuevo	1	6	3	2	3
La Jagua del Pilar	1	3	5	1	2
Maicao	12	60	13	18	96
Manaure	2	14	12	4	22
San Juan del Cesar	10	62	18	21	125
Uribia	4	42	56	17	72
Urumita	1	6	5	10	6
Villanueva	2	24	3	35	7
Total departamento	47	351	156	139	472

Tabla No.8 Cobertura en Salud Régimen Subsidiado 2004 Régimen Contributivo 2004
Según Municipios La Guajira
(DAP, 2000).

MUNICIPIOS	AÑO 2004			AÑO 2004		
	POB. TOTAL	POB. SUBSIDIADA	%	POB. TOTAL	POB. CONTRIBUTIVA	%
ALBANIA	9435	7600	80,55	9435	3963	42,00
BARRANCAS	29064	14951	51,44	29064	16218	55,80
DIBULLA	17953	11697	65,15	17953	5637	31,40
DISTRACCION	7317	3966	54,20	7317	3483	47,60
EL MOLINO	5676	3130	55,14	5676	2259	39,80
FONSECA	26507	10117	38,17	26507	13360	50,40
HATONUEVO	8039	5832	72,55	8039	4148	51,60
LA JAGUA DEL PILAR	1677	1657	98,81	1677	136	8,11
MAICAO	134842	67205	49,84	134842	56634	42,00
MANAURE	44229	45109	101,99	44229	0	0,00
RIOHACHA	98909	50178	50,73	98909	41839	42,30
SAN JUAN	36369	15396	42,33	36369	18439	50,70
URIBIA	68458	56384	82,36	68458	411	0,60
URUMITA	8843	4774	53,99	8843	3546	40,10
VILLANUEVA	20041	7595	37,90	20041	10101	50,40
	517359	305591	59,07	517359	180174	34,83

Fuente: Oficina de Aseguramiento-Secretaria de
Salud Dptal.

Departamento Adtvo Nacional de Estadística

Diagnóstico Socio-Antropológico

Indicadores en Salud

Tabla No.9 Mapa Epidemiológico Año 2006 Semanas Epidemiológicas No. 1-22 Casos confirmados por Laboratorio Departamental

Morbilidad	Riohacha	Dibulla	Maicao	Manauare	Uribia	Nazareth	Hatonuevo	Barrancas	San Juan	Fonseca	Villanueva	El Molino	Distracción	Urumita	La Jagua	Albania	Total
Dengue Clásico	66	3	45	7	0	1	10	17	14	3	2	0	1	3	0	5	177
Dengue Hemorrágico	5	0	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	10
Fiebre Amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Malaria Falciparum	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Malaria Vivax	3	20	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	27
TBC	16	0	10	5	5	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	40
Leishmaniasis Cutánea	43	13	0	0	0	0	0	0	4	1	0	0	1	1	0	0	63
Chagas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
EDA <años	1616	274	482	661	709	164	148	69	507	219	324	90	70	56	26	499	5914
EDA 5 y >años	1111	99	394	388	563	166	179	73	462	178	256	87	29	116	13	404	4518
IRA <5años	1995	474	969	938	1087	755	366	92	517	561	171	312	114	126	40	993	9510
IRA 5 y >años	2418	362	1116	1182	2408	1632	479	105	421	697	170	287	77	265	31	1241	12891

Fuente: Oficina de Aseguramiento-Secretaría de Salud Departamental.

Tabla No.10 Número de eventos notificados y contrarreferencia. Red de Vigilancia Wayúu
Semanas Epidemiológicas 1-52, Año 2003

(Boletín Epidemiológico, 2005).

EVENTOS	Número	%	Contra referencia	%
Sintomático respiratorio	439	7.3	53	12
Sospecha de Dengue	159	2.7	81	50.9
Sospecha de Malaria	121	2.0	41	33.8
IRA	1077	18.0	59	5.4
EDA	4194	70.0	766	18.2
<i>Total</i>	5990	100	1000	16.6

Tabla No.11 Casos confirmados por Laboratorio Departamental La Guajira Semanas Epidemiológicas No. 1-52

TIPOS	AÑO 2005
TOTAL CASOS	
CHAGAS	0
DENGUE CLASICO	203
DENGUE HEMORRAGICO	9
HEPATITIS A	142
HEPATITIS B	6
LEISHMANIASIS	118
LEPRA	3
MALARIA POR FALCIPARUM	3
MALARIA POR VIVAX	84
SIFILIS	18
TUBERCULOSIS	481
VIH-SIDA	55
TOTAL	

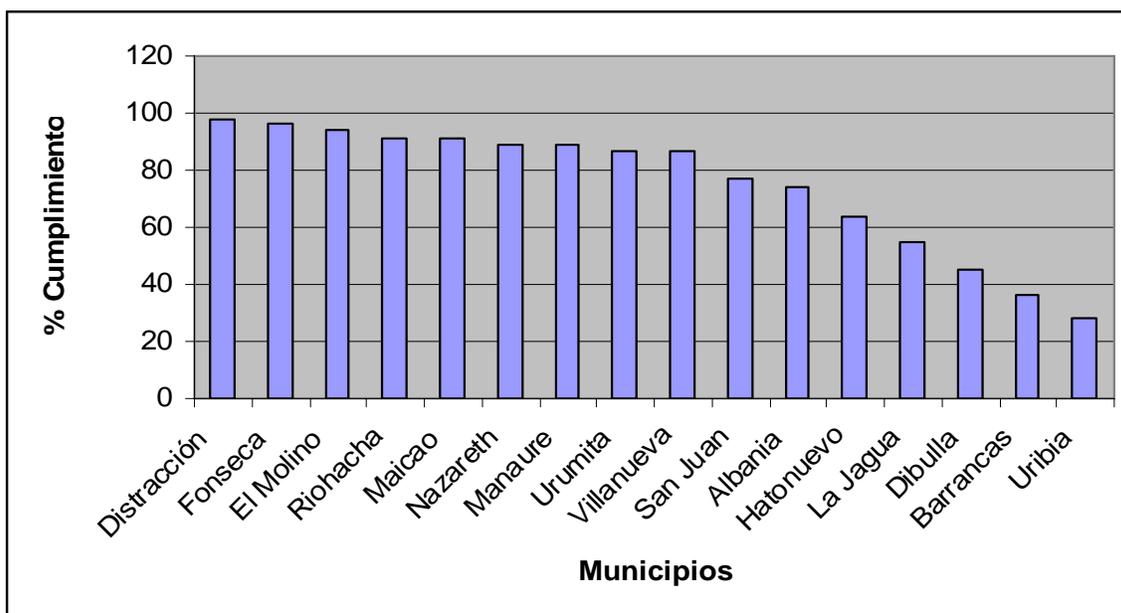
Fuente: Laboratorio Departamental-Oficina de Vigilancia Epidemiológica

Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

Notificación

Gráfico 4 No. Cumplimiento en la notificación semanal SIVIGILA,

Semanas Epidemiológicas NO. 1-53 La Guajira Año 2003 (Boletín Epidemiológico, 2005) Oficiales publicadas al 2006.



Fiebre Amarilla Control Vectorial

Tabla No.12 Municipio de Alto Riesgo: Dibulla – Pretratamiento 2004

Corregimientos	Índice Larvario	Índice de Depósito	Índice de Bretau
Rio Ancho	6.8	3.4	7
Palomino	22.4	8.3	37
Marquetalia	15.6	5.6	16

Fuente Laboratorio Departamental

Tabla No.13 Actividades desarrolladas Vigilancia y Control de Vectores 2004

Corregimientos	Viviendas Programadas	Viviendas Visitadas	Viviendas Positivas	Depósitos Inspección	Depósitos Positivos
Río Ancho	280	174	12	343	12
Palomino	370	190	42	834	70
Marquetalia	60	32	5	88	5

Fuente Laboratorio Departamental

Control Químico

Tabla No.14 Fumigación

Corregimiento	No. Viviendas Intervenidas	%Cumplimiento	No. De Ciclos
Palomino	370	97.3	3 ciclos
Río Ancho	280	96.5	3 ciclos
Mingueo	1050	87.5	2 ciclos

Fuente Laboratorio Departamental

Investigación entomológica

Tabla No. 15 Actividades de entomología

Localidad	Municipios	Búsqueda criaderos	Positivos/Especie	Recolección Adultos
San Salvador	Palomino	10	2 Anófeles	0
Naranjal	Palomino	1	1 Anófeles	Anófeles Sp.
La Carpa	Palomino	3	0	0
El Diluvio	Río Ancho	7	0	Anófeles Sp
Las Margaritas	Río Ancho	2	1 Anófeles	0

Fuente Laboratorio Departamental

Malaria

Gráfica. No.5 Incidencia de Malaria La Guajira 1999-2003

(Boletín Epidemiológico, 2005).

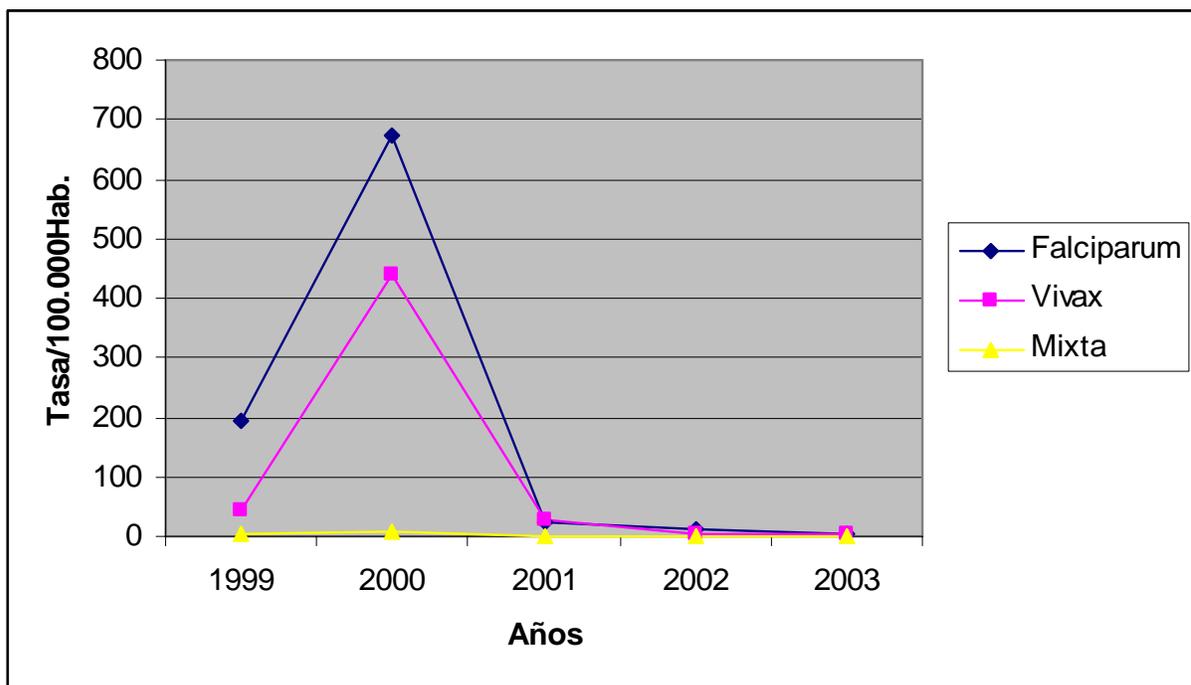


Tabla No.16 Distribución del Paludismo por Municipios La Guajira 2003.

(Boletín Epidemiológico, 2005). Oficiales publicadas al 2006.

Municipios	Falciparum	Vivax	Total Casos	I.P.A
Riohacha	16	6	22	0.22
Dibulla	2	2	4	0.004
Maicao	1	4	5	0.005
Hatonuevo	0	1	1	0.001
Fonseca	0	1	1	0.001
Villanueva	0	1	1	0.001
Albania	0	5	5	0.005
Departamento	19	20	39	0.03

Sistema de Transporte

Tabla No.17 Estado de las vías primarias en el departamento de La Guajira 2004
(Gobernación, 2006)

NOMBRE DE LA VIA	PAVIMENTADA No de kilometros
PUENTE PEREIRA A SAN JUAN DEL CESAR	52
SAN JUAN DEL CESAR	3
SAN JUAN DEL CESAR A CUES- TECITAS	72
CUESTECITAS – MAICAO	47
ACCESO ALBANIA	3
PALOMINO- RIOHACHA	90
RIOHACHA – MAICAO	74
MAICAO – PARAGUACHON	13
TOTAL	354

Fuente: Invias

Tabla No.18 Estado de las vías secundarias en el departamento según municipios 2005 (Gobernación, 2006).

MUNICIPIOS	ESTADO DE LAS VÍAS (EN KMS)			TOTAL
	TIERRA	CONCRETO	PAVIMENTO	
Riohacha	288.07		108.68	396.75
Albania	10			10
Barrancas	69.8	0.50	21.37	91.67
Dibulla	41.82		21.23	63.03
Distracción	9.93		15.15	25.08
El Molino	46.94	1.0	6.13	54.07
Fonseca	100.57		26.1	126.67
Hatonuevo	65.79			65.79
La Jagua del Pilar	49.14		2.76	51.9
Maicao	66.96		145.68	212.64
Manaure	36		48	84
San Juan del Cesar	212.43		2.5	214.93
Uribia	488.546			488.54
Urumita	58.12	1.2	1.09	60.41
Villanueva	95.37		3.7	99.07
TOTAL	1639.48	2.7	402.39	2044.57

Fuente: Secretaria de desarrollo económico, dirección de turismo

Diagnóstico Socio-Antropológico

Tabla No.19 Distancia entre Municipios (km)

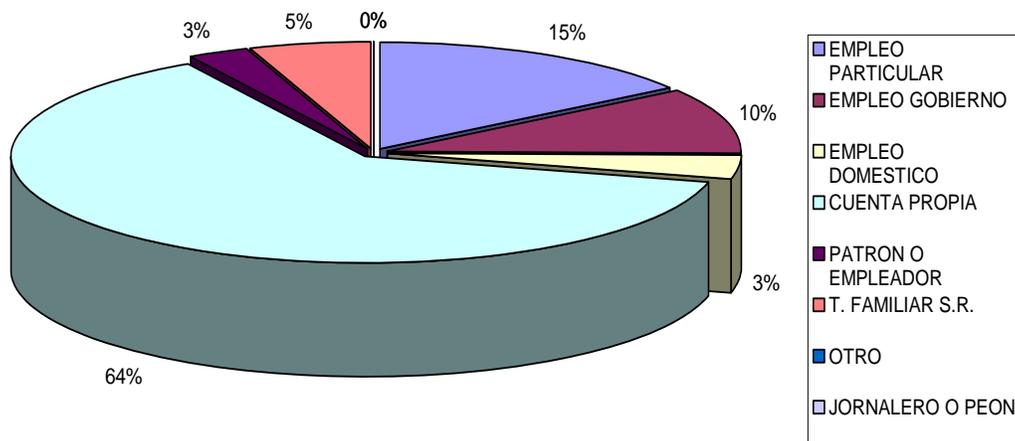
(DAP, 2000)

	Riohacha	Albania	Barrancas	Dibulla	Distracción	El Molino	Fonseca	Hatonuevo	La Jagua del Pilar	Maicao	Manaure	San Juan del Cesar	Uribia	Urumita	Villanueva
Riohacha	-	68	101	61	117	156	113	87	176	76	95	136	92	167	160
Albania	68	-	39	129	55	94	51	25	114	64	100	74	80	105	98
Barrancas	101	39	-	162	16	55	12	14	75	103	139	35	119	66	59
Dibulla	61	129	162	-	178	217	174	148	237	137	156	197	153	228	221
Distracción	117	55	16	178	-	39	4	30	59	119	155	19	135	50	43
El Molino	156	94	55	217	39	-	43	69	20	158	174	20	194	11	4
Fonseca	113	51	12	174	4	43	-	26	63	115	151	23	131	54	47
Hatonuevo	87	25	14	148	30	69	26	-	89	89	125	49	105	80	73
La Jagua del Pilar	176	114	75	237	59	20	63	89	-	178	214	40	194	9	16
Maicao	76	64	103	137	119	158	115	89	178	-	76	138	56	169	162
Manaure	95	100	139	156	155	174	151	125	214	76	-	174	20	205	198
San Juan del Cesar	136	74	35	197	19	20	23	49	40	138	174	-	154	31	24
Uribia	92	80	119	153	135	194	131	105	194	56	20	154	-	185	178
Urumita	167	105	66	228	50	11	54	80	9	169	205	31	185	-	7
Villanueva	160	98	59	221	43	4	47	73	16	162	198	24	178	7	-

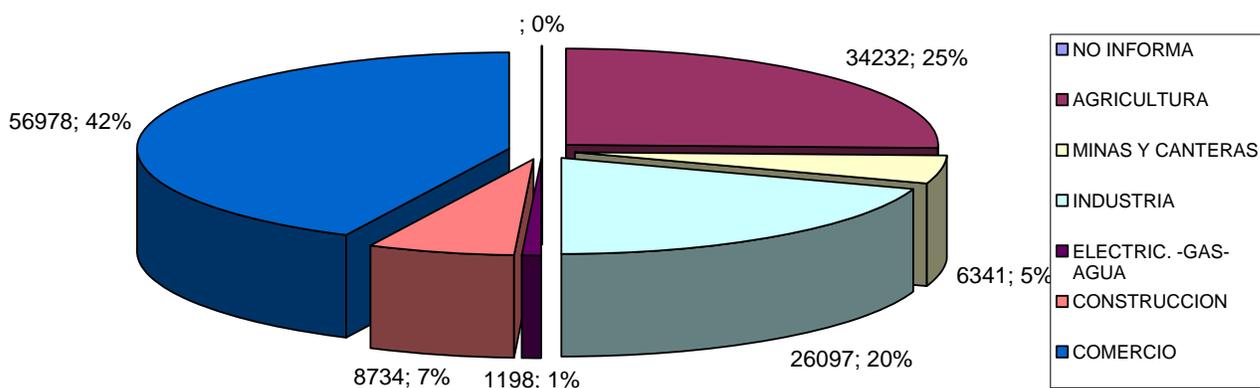
Fuente: Volúmenes de Tránsito, Ministerio de Transporte, Instituto Nacional de Vías; Secretaría de Obras Públicas y Vías Departamental de La Guajira. Cálculos Departamento Administrativo de Planeación

Economías locales

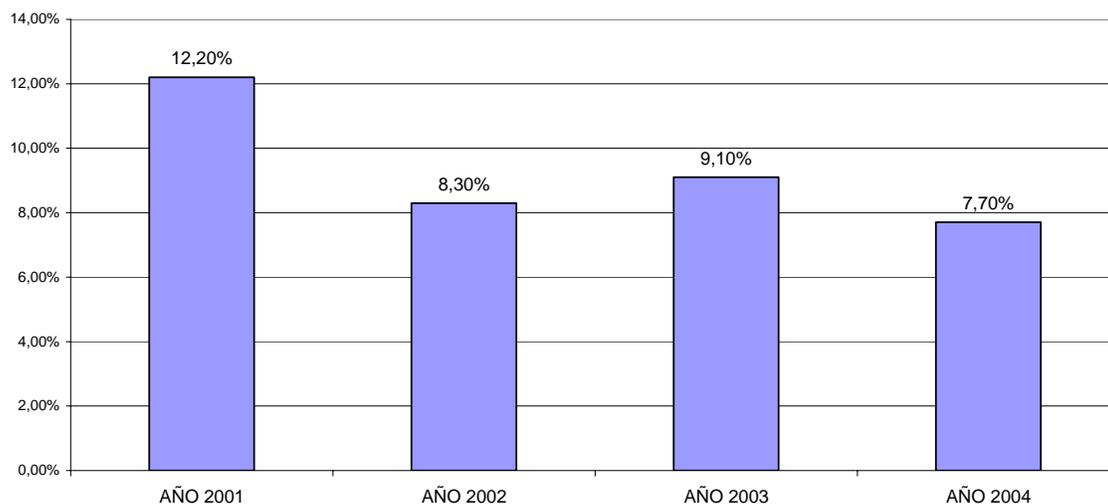
Gráfica No.6 Población por posición ocupacional en La Guajira 2004
(Gobernación, 2006).



Gráfica No.7 Empleo por rama de actividad económica 2004
(Gobernación, 2006).



Gráfica No.8 Tasa de desempleo por años La Guajira 2001-2004
(Gobernación, 2006).



Saneamiento Ambiental

Gráfica No.9 Control de Calidad de Agua de Consumo Humano La Guajira 2000-2003
(Boletín Epidemiológico, 2003).

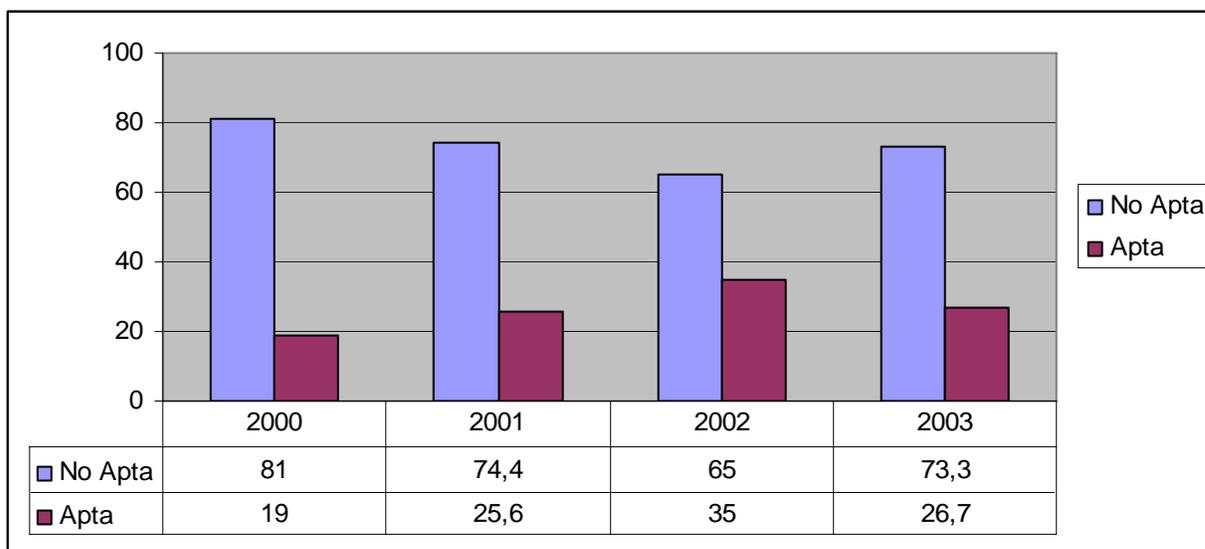


Tabla No.20 Sistemas de Tratamiento de Agua Residual según Municipios 2004
(Gobernación, 2006).

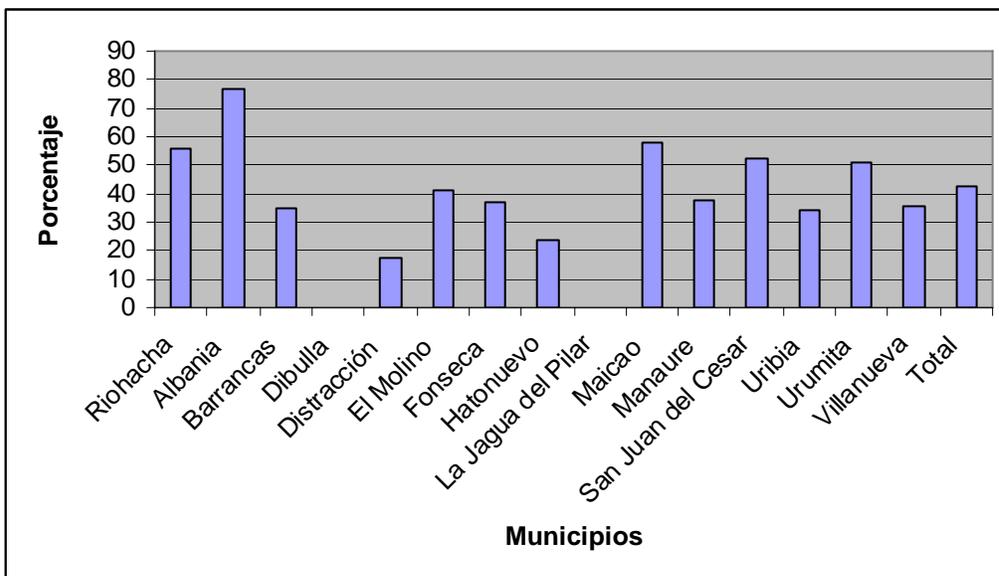
MUNICIPIO	SISTEMA	LICENCIA AMBIENTAL
RIOHACHA	NO	SI
BARRANCAS	Laguna de Estabilización	NO
EL MOLINO	Laguna de Estabilización	Se admitio EIA falta de información adicional
FONSECA	Laguna de Estabilización	NO
MAICAO	Laguna de Estabilización	NO
MANAURE	Laguna de Estabilización	NO
SAN JUAN	Laguna de Estabilización	NO
URIBIA	Laguna de Estabilización	NO
URUMITA	Laguna de Estabilización	NO
VILLANUEVA	Laguna de Estabilización	NO
DIBULLA	Laguna de Estabilización	NO
ALBANIA	NO	NO
HATONUEVO	Laguna de Estabilización	NO
DISTRACCION	Laguna de Estabilización	NO
LA JAGUA	NO	NO

Tabla No.21 Transporte y Disposición Final de Residuos Sólidos según Municipio Año 2004 (Gobernación, 2006).

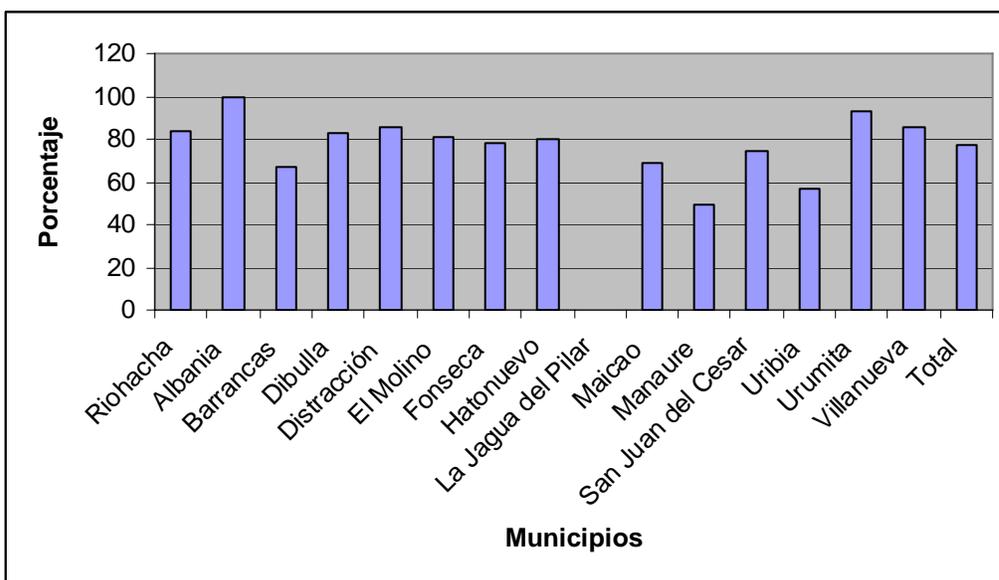
MUNICIPIO	SISTEMA DISPOSICION FINAL	RECOLECCION
HATONUEVO	Botadero a Cielo Abierto	Volquetas Abiertas
BARRANCAS	Botadero a Cielo Abierto	Volquetas y Compactador
FONSECA	Botadero a Cielo Abierto	Volquetas y Compactador
DISTRACCION	Botadero.	Volquetas
SAN JUAN	Botadero a Cielo Abierto	Volquetas y Compactador
URUMITA	Relleno que opera como Botadero a Cielo Abierto	Mini Compactador
EL MOLINO	Botadero a Cielo Abierto	Volquetas Abiertas
VILLANUEVA	Botadero a Cielo Abierto	Volquetas abiertas
LA JAGUA	Botadero a Cielo Abierto	Camionetas
RIOHACHA	Botadero a Cielo Abierto	Volquetas, Camionetas y Vehiculos de traccion animal
DIBULLA	Botadero a Cielo Abierto	Volquetas
MAICAO	Botadero a Cielo Abierto	Volquetas y Compactador
MANAURE	Botadero a Cielo Abierto	Volquetas
URIBIA	Botadero a Cielo Abierto	Volquetas

Servicios Públicos

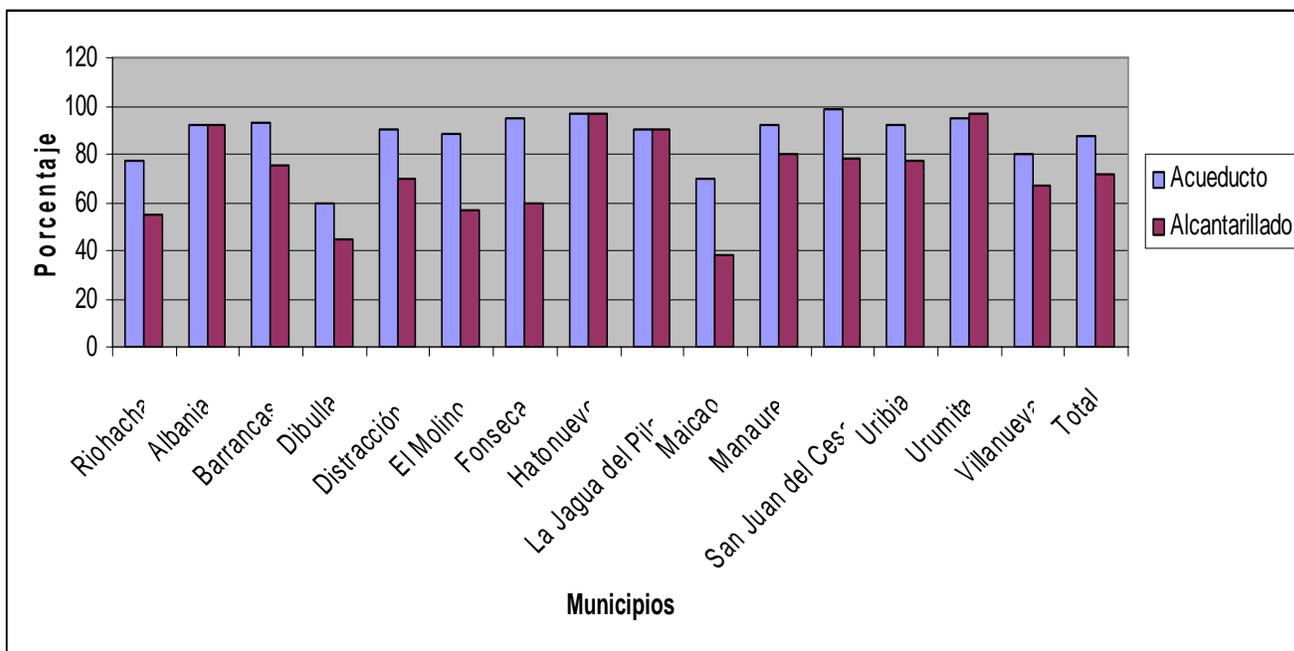
Gráfica No.10 Cobertura porcentual de telefonía fija en el departamento 2005
(Gobernación, 2006).



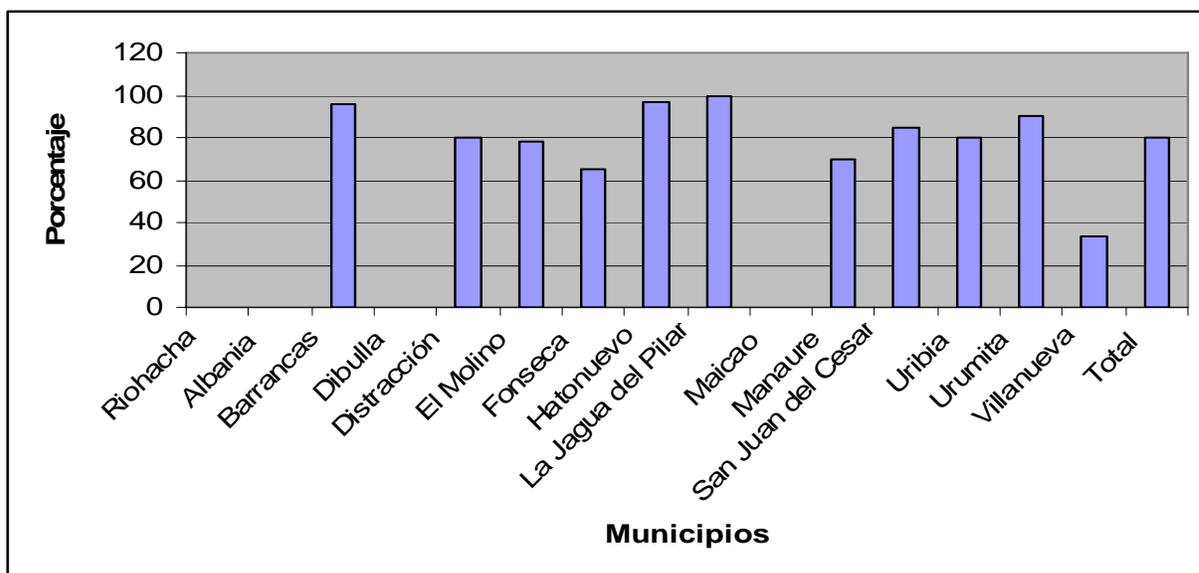
Gráfica No.11 Cobertura porcentual de gas domiciliario en el Departamento 2004
(Gobernación, 2006).



Gráfica No.12 Cobertura porcentual de acueducto y alcantarillado para el departamento 2004 (Gobernación, 2006).



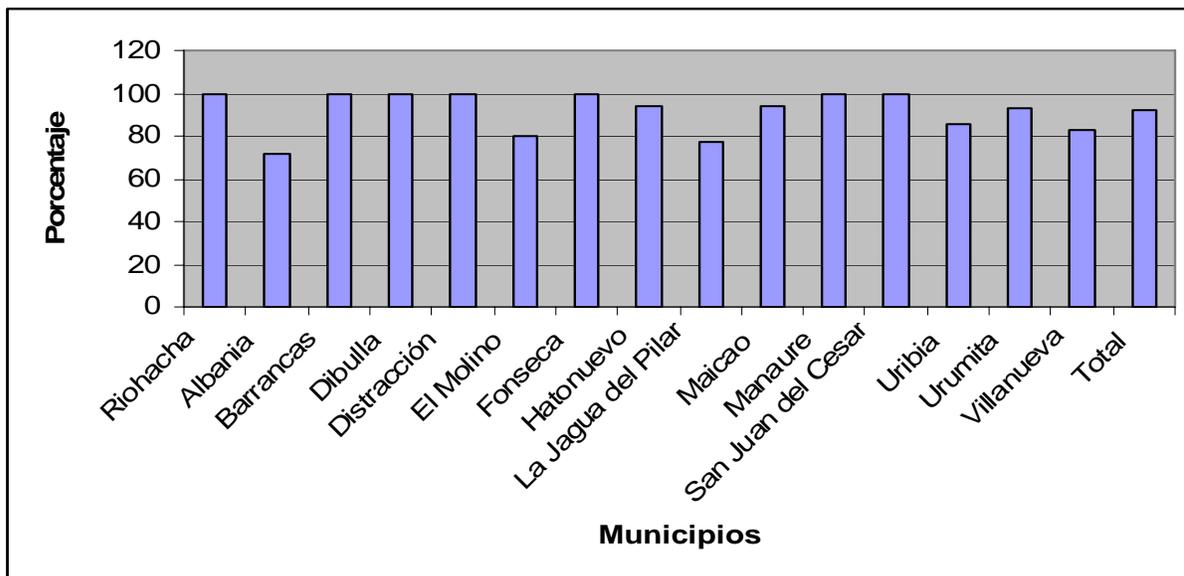
Gráfica No.13 Cobertura porcentual de aseo para el departamento 2004
(Gobernación, 2006).



Los que aparecen sin valor no reportaron ninguna información oficial sobre el servicio para el municipio.

Diagnóstico Socio-Antropológico

Gráfica No.14 Cobertura porcentual de energía eléctrica para el departamento 2004
(Gobernación, 2006).



Sistema Educativo

Gráfica No. 15 Matricula por grados y sector 2004
(Gobernación, 2006).

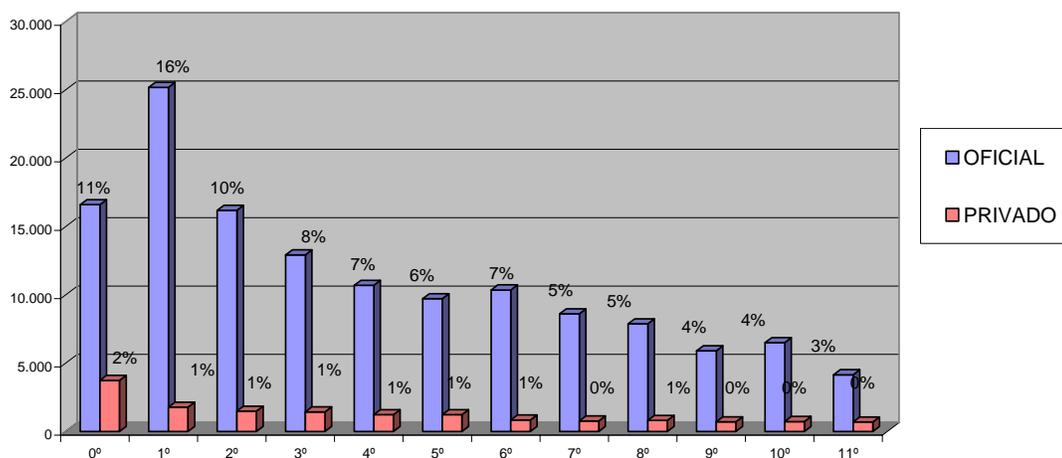


Tabla No. 21 Número de instituciones y centros educativos por zonas según municipios 2004

(Gobernación, 2006).

MUNICIPIO	No. INSTITUCIONES EDUCATIVAS		TOTAL	No. CENTROS EDUCATIVOS RUR.	TOTAL
	URBANA	RURAL			
Riohacha	12	5	17	9	26
Albania	1		1	3	4
Barrancas	4	1	5	1	6
Dibulla	1	4	5	2	7
Distracción	1	2	3	2	5
El Molino	2		2	1	3
Fonseca	4	1	5	3	8
Hatonuevo	1		1	2	3
La Jagua del Pilar	1		1	1	2
Maicao	11	1	12	7	19
Manaure	2	2	4	6	8
San Juan del C.	6	3	9	8	17
Uribe	4	3	7	5	12
Urumita	3		3	2	5
Villanueva	6		6	2	8
TOTAL	59	22	81	54	135
Fuente: SED					

Tabla No.22 Matrícula por grupos étnicos indígenas y negritudes según municipio 2004 (Gobernación, 2006).

MUNICIPIOS	INDIGENAS				TOTAL
	PRES.	PRIMA.	SEC.	MEDIA	
RIOHACHA	1061	4048	815	774	6.698
ALBANIA	226	987	28	4	1.245
BARRANCAS	207	1094	340	69	1.710
DIBULLA	62	193	36	13	304
DISTRACCION	72	277	91	10	450
EL MOLINO	0	0	0	0	0
FONSECA	64	291	79	29	463
HATONUEVO	167	776	324	61	1.328
LA JAGUA DEL PILAR	0	0	0	0	0
MAICAO					10584
MANAURE	3467	7051	808	345	11.671
SAN JUAN DEL CESAR	138	379	151	44	712
URIBIA	1041	9595	1190	246	12.072
URUMITA	0	0	0	0	0
VILLANUEVA	1	0	2	0	3
TOTAL	6.506	24.691	3.864	1.595	47.240
Fuente: SED					

Tabla No.23 Matricula en Instituciones de Educación Regular por Discapacidad Según Municipios Año 2004 (Gobernación, 2006).

MUNICIPIO	TOTAL	DISCAPACITADOS					
		DISCAPACIDA D COGNITIVA	DISCAPACIDA D MOTORA O FISICA	DISCAPACIDA D VISUAL	DISCAPACIDA D AUDITIVA	AUTISTA	DISCAPACIDA D MULTIPLE
RIOHACHA	77	46	5	1	21		4
ALBANIA	0						
BARRANCAS	0						
DIBULLA	0						
DISTRACION	46	22		2			22
EL MOLINO	0						
FONCECA	9	3	5		1		
HATONUEVO	35	21	6	1	6		1
LA JAGUA	5	3	2				
MAICAO	0						
MANURE	0						
SAN JUAN	106	71	3	5	23		4
URIBIA	0						
URUMITA	3		1	2			
VILLANUEVA	0						

Tipo de región

Tabla No.24 Datos geográficos según municipio-La Guajira
(DAP, 2000).

Municipio	Extensión Kms²	Distancia a la capital (Kms)	Piso Térmico	Altura msnm	Temperatura °C
Riohacha	5.020	0	Cálido	3	28
Albania	447	68	Cálido	75	29
Barrancas	793	101	Cálido	140	28
Dibulla	1.744	61	Templado	2	28
Distracción	232	117	Cálido	62	28
El Molino	174	156	Templado	240	28
Fonseca	719	113	Cálido	60	28
Hatonuevo	249	87	Cálido	50	28
La Jagua del Pilar	-	176	Templado	287	28
Maicao	1.782	76	Cálido	20	29
Manaure	1.643	95	Cálido	3	30
San Juan del Cesar	1.415	136	Cálido	123	27
Urbilla	7.905	92	Cálido	10	34
Brumita	432	167	Templado	280	30
Villanueva	270	160	Templado	250	28

Diagnóstico Socio-Antropológico

Tabla No.25 Clasificación de asentamientos en zonas rurales y urbanas.

Versión oficial de la Gobernación del Departamento de La Guajira

(DAP, 2000)¹

Clasificación	Descripción
Entidad Territorial	Departamentos, distritos, municipios y territorios indígenas que se encuentran localizados en el territorio nacional.
Municipio	Unidad fundamental de la división política administrativa del Estado.
Cabecera Municipal	Area geográfica que está definida por un perímetro urbano, cuyos límites se definen por “Acuerdos” del Concejo Municipal y en donde se localiza la sede de la Alcaldía.
Caserío	Conglomerado de viviendas ubicado comúnmente al lado de una vía principal, con características rurales.
Corregimiento Departamental	División del departamento, el cual incluye un núcleo de población. Según esta misma disposición, los ahora corregimientos departamentales no forman parte de un determinado municipio.
Corregimiento	División del área rural del municipio que incluye un núcleo de población.
Inspección de Policía	Instancia judicial en un área que puede o no ser amanzanada y que ejerce jurisdicción sobre un determinado territorio municipal, urbano o rural y que está a cargo del departamento o municipio.
Centro Poblado	Hace referencia a los caseríos, inspecciones de policía y corregimientos pertenecientes al área rural del municipio y que están conformados por veinte o más viviendas, contiguas o adosadas entre sí.

¹ No se cuenta con la información correspondiente para el Estado de Zulia

--	--

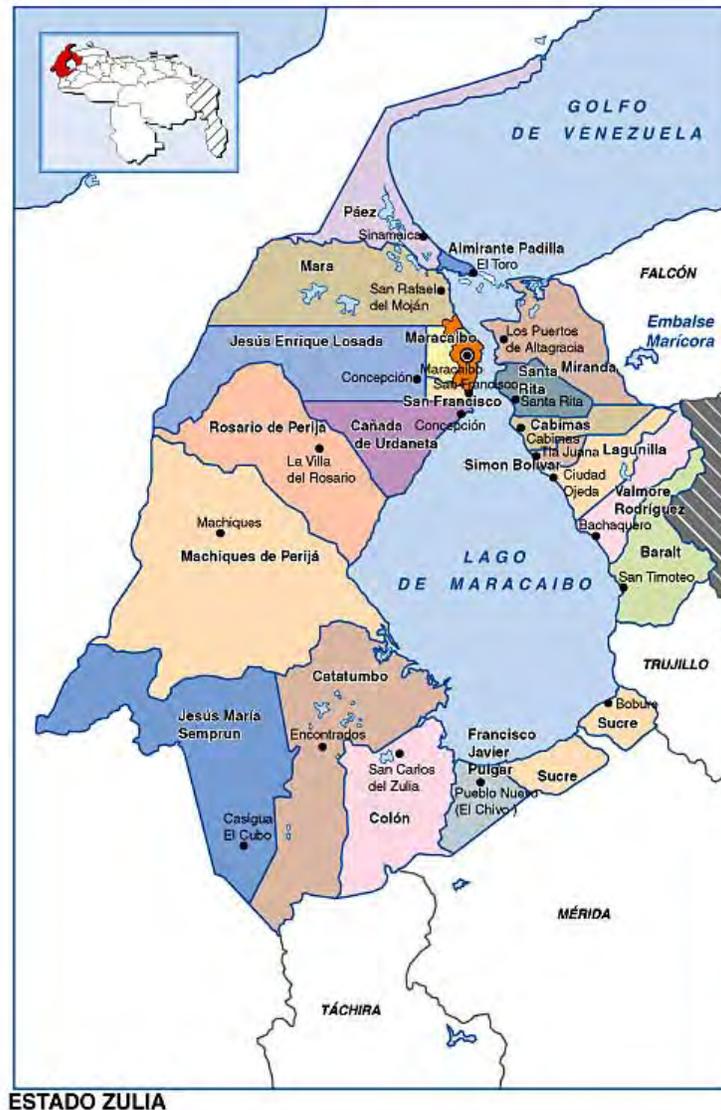
Características regionales

El clima de La Guajira, particularmente en la península, es árido, seco y de altas temperaturas que varían por la brisa marina y los vientos. El territorio departamental está formado por la península de La Guajira y parte de las estribaciones orientales de la Sierra Nevada de Santa Marta. La península se divide de acuerdo a sus características geográficas y ambientales, en tres sub-regiones: Alta, Media y Baja Guajira (Gobernación, 2006; Agenda, 1995-2000).

- **La Alta Guajira:** Comprende el extremo peninsular, con variadas serranías, su principal agente modelador es el viento, el cual genera las condiciones de erosión eólica. Es una región entre desértica y semidesértica con escasa vegetación. Esta zona se encuentra habitada por comunidades indígenas Wayúu.
- **La Media Guajira:** Su Territorio es la parte central del Departamento; es una extensión cuya topografía predominante es entre plana y suavemente ondulada, formada por arenales y dunas, donde predomina el paisaje de aridez que cambia en las cortas épocas de lluvias. En esta subregión se encuentra el río Charapilla, que pertenece a la Cuenca del lago de Maracaibo. En esta zona habita población mestiza e indígena Wayúu.
- **La Baja Guajira:** Se localiza al sur de la media Guajira, está conformada por las estribaciones de la Sierra Nevada de Santa Marta, por los valles de los ríos Ranchería y Cesar y de los ríos Ancho, Dibulla y Palomino, lo cuales vierten sus aguas y pertenecen a la cuenca del Mar Caribe. También la conforma la Serranía del Perijá. Por su vegetación, humedad, flora, fauna y fertilidad, esta zona contrasta fuertemente con las anteriores zonas. En esta zona habita población mestiza, afrodescendiente, población Wayúu y población indígena proveniente de las Sierra Nevada de Santa Marta.

Diagnóstico Socio-Antropológico

Indicadores Estado de Zulia



Mapa No. 2 Mapa Estado de Zulia ²

El Estado Zulia esta situado al Noroccidente de Venezuela. Limita al Norte con el Mar Caribe; por el este con los Estados Falcón, Lara y Trujillo; por el sur con Mérida y Táchira, y por el Oeste, con la República de Colombia. Tiene una superficie de 63.100 km² que representa el 6.92% del territorio nacional. Políticamente el estado se divide en veintiún municipios.

² Gobierno Bolivariano de Venezuela en línea revisado junio de 2006 <http://www.gobiernoenlinea.ve/misc-view/index.pag>

Indicadores demográficos

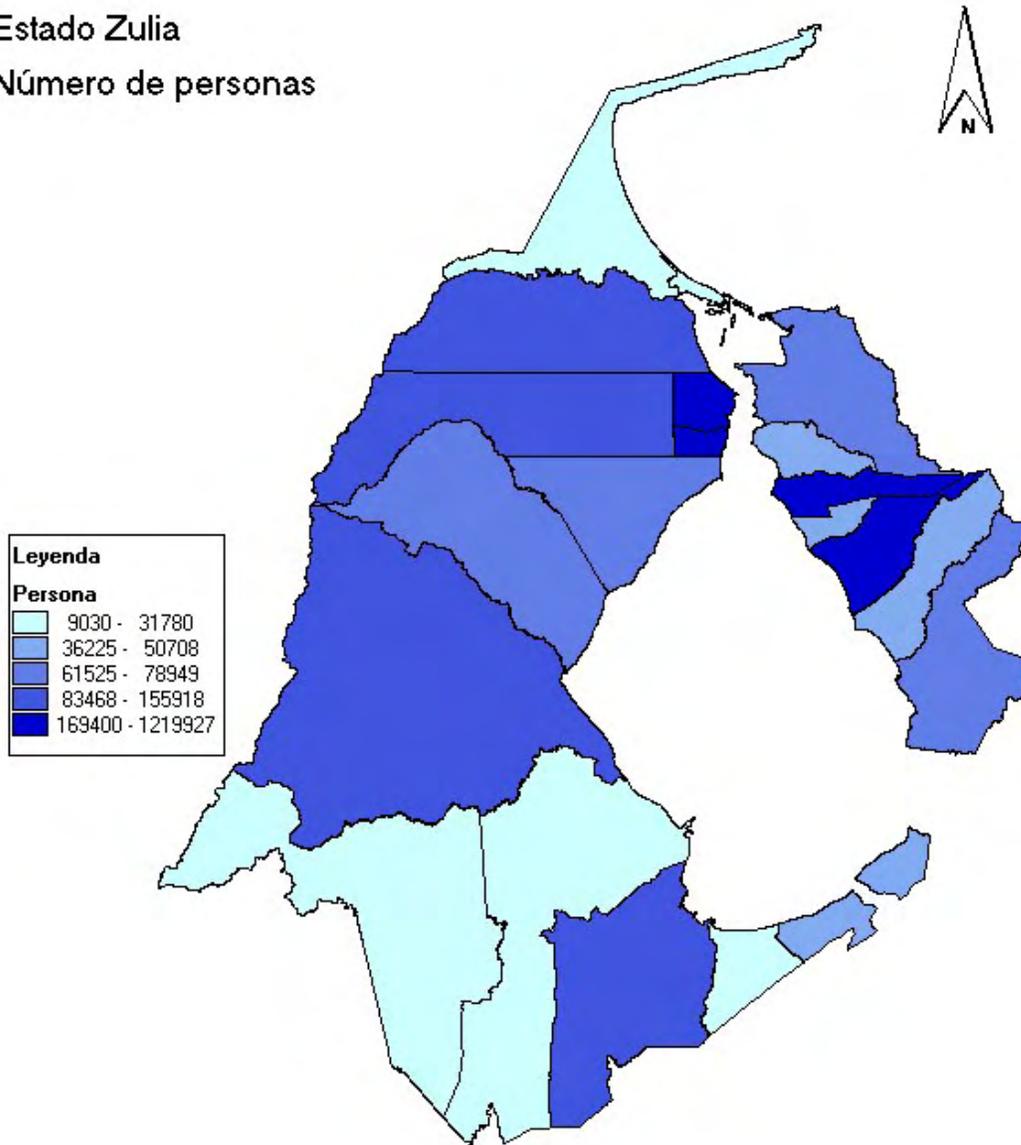
Tabla No.26 Censo Poblacional 2001 Estado de Zulia por municipios ³

Municipio	Población						Viviendas	
	Censo 2001		Censo 1990		Crecimiento Tasa anual Geométrica (%)	Crecimiento Relativo (%)	Total	%
	Total	%	Total	%				
Total	2.983.679	100,0	2.235.305	100,0	2,7	33,5	733.098	100,0
Almirante Padilla 1/	9.030	0,3	7.820	0,3	1,3	15,5	2.479	0,3
Baralt 1/	73.907	2,5	54.329	2,4	2,8	36,0	19.198	2,6
Cabimas	223.484	7,5	176.001	7,9	2,2	27,0	53.944	7,4
Catatumbo	31.780	1,1	24.439	1,1	2,4	30,0	9.128	1,2
Colón	107.821	3,6	75.818	3,4	3,2	42,2	26.873	3,7
Francisco Javier Pulgar 1/	29.208	1,0	14.480	0,6	6,6	101,7	7.789	1,1
Jesús Enrique Lossada 1/	83.468	2,8	55.175	2,5	3,8	51,3	19.912	2,7
Jesús María Semprúm 1/	23.972	0,8	10.999	0,5	7,3	117,9	6.331	0,9
La Cañada de Urdaneta	61.525	2,1	44.654	2,0	2,9	37,8	15.552	2,1
Lagunillas	169.400	5,7	109.212	4,9	4,1	55,1	45.447	6,2
Machiques de Perijá 1/	93.154	3,1	71.133	3,2	2,5	31,0	23.442	3,2
Mara 1/	155.918	5,2	92.632	4,1	4,8	68,3	35.524	4,8
Maracaibo	1.219.927	40,8	957.888	42,8	2,2	27,4	294.595	40,3
Miranda	78.949	2,6	55.115	2,5	3,3	43,2	20.865	2,8
Páez 1/	24.309	0,8	44.089	2,0	-5,3	-44,9	4.688	0,6
Rosario de Perijá 1/	67.712	2,3	52.080	2,3	2,4	30,0	17.088	2,3
San Francisco	351.958	11,8	263.092	11,8	2,7	33,8	85.033	11,6
Santa Rita	44.119	1,5	34.838	1,6	2,2	26,6	11.474	1,6
Simón Bolívar	36.225	1,2	21.965	1,0	4,6	64,9	9.330	1,3
Sucre	50.708	1,7	37.316	1,7	2,8	35,9	13.462	1,8
Valmore Rodríguez	47.105	1,6	32.230	1,4	3,5	46,2	10.944	1,5

³ Gobierno Bolivariano de Venezuela en línea revisado junio de 2006 <http://www.gobiernoenlinea.ve/misc-view/index.pag>

Estado Zulia

Número de personas



Mapa No. 3 Número de Personas Estado Zulia⁴

⁴ Gobierno Bolivariano de Venezuela en línea revisado junio de 2006 <http://www.gobiernoenlinea.ve/misc-view/index.pag>

Tabla No.26 Censo población por grupos de edad Zulia 2001⁵

Categorías	Casos	%	Acumulado %
Menos de 5 años	335.530	11,25	11,25
De 5 a 9 años	355.490	11,91	23,16
De 10 a 14 años	329.634	11,05	34,21
De 15-19 años	302.341	10,13	44,34
De 20-24 años	281.094	9,42	53,76
De 25-29 años	237.719	7,97	61,73
De 30-34 años	219.628	7,36	69,09
De 35-39 años	200.287	6,71	75,80
De 40-44 años	185.283	6,21	82,01
De 45-49 años	150.851	5,06	87,07
De 50-54 años	117.950	3,95	91,02
De 55-59 años	75.499	2,53	93,55
De 60-64 años	61.330	2,06	95,61
De 65-69 años	45.361	1,52	97,13
De 70-74 años	37.021	1,24	98,37
De 75-79 años	23.810	0,80	99,17
De 80-84 años	13.638	0,46	99,62
De 85-89 años	6.875	0,23	99,85
De 90-94 años	3.011	0,10	99,96
De 95 y mas años	1.327	0,04	100,00
Total	2.983.679	100,00	100,00

⁵ Gobierno Bolivariano de Venezuela en línea revisado junio de 2006 <http://www.gobiernoenlinea.ve/misc-view/index.pag>



Sistema de Transporte

Diagnóstico Socio-Antropológico



Diagnóstico Socio-Antropológico

 Mapa No.4 Malla vial del Estado de Zulia



6

⁶ Gobierno Bolivariano de Venezuela en línea revisado junio de 2006 <http://www.gobiernoenlinea.ve/misc-view/index.pag>

Infraestructura y vivienda

Tabla No. 27 Número de personas por tipo de establecimiento

Tipo de Vivienda	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Mansión	841	976	1.817
Quinta o casaquinta	100.015	113.684	213.699
Casa	1.076.835	1.101.162	2.177.997
Apartamento en edificio	82.934	100.279	183.213
Apartamento en quinta, casaquinta o casa	7.576	8.600	16.176
Casa de vecindad	84	100	184
Rancho	179.125	170.502	349.627
Refugio	1.424	1.252	2.676
Otra Clase	4.971	4.306	9.277
Hoteles, moteles, pensiones	1.393	1.102	2.495
Residencias estudiantiles	511	824	1.335
Instituciones de enseñanza y religiosas	549	287	836
Hospitales, psiquiátricos	603	185	788
Hogares para impedidos y asilos	40	46	86
Otras instituciones de asistencia	91	46	137
Instituciones penitenciarias	1.181	40	1.221
Instituciones militares	1.533	7	1.540
Otro tipo de colectividad	17.860	2.715	20.575
Total	1.477.566	1.506.113	2.983.679

2. DINÁMICAS SOCIALES ZONA HOMOGÉNEA DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA COLOMBIA-ESTADO ZULIA VENEZUELA

Área de estudio antropológico

A partir del reconocimiento de las dinámicas sociales del área de frontera de La Guajira Colombiana y Venezolana y teniendo en cuenta los perfiles epidemiológicos y la información sobre la epidemia de malaria que se presentó en la región a finales del año 1999 y principios del año 2000, se seleccionaron tres municipios para el trabajo antropológico. Estos son los municipios de Dibulla, Riohacha y Manaure. Se hace un énfasis particular en el municipio de Dibulla por registrar el mayor número de casos de malaria reportados para el departamento a la semana epidemiológica 22 del año en curso y por ser considerado desde fuentes oficiales de salud como el de mayor problemática además de haber sido uno de los municipios afectados durante la epidemia.

La Guajira Venezolana registra casos de Malaria para el Estado de Zulia en el municipio Jesús María Semprum, el cual esta fuera de la región de frontera guajira y limita con la zona homogénea del Departamento del Norte de Santander en Colombia y el Estado de Táchira en Venezuela. Por estas características, se reconoce la existencia de una zona de influencia y permanente contacto entre el municipio Jesús María Semprum, el municipio de Tibu en Norte de Santander y el departamento del Cesar.



Panorámica de ranchería



Representación social del territorio - La Guajira⁷

Dinámicas sociales asociadas a las características demográficas

De acuerdo a los Censos realizados en el departamento, La Guajira tiene una población de 526,148 personas y su población Indígena Wayúu esta constituida por 144,003 personas que representan el 20,5% de la población Indígena Nacional y el 48% de la población del Departamento de la Guajira. El estado de Zulia tiene una población de 2.553.127 habitantes (1990) y una densidad de población de 40,46 hab/km². En esta región históricamente han convivido diferentes grupos indígenas, afro descendientes, árabes, campesinos y colonos que hoy en día conforman su población.

⁷ Oficina de turismo Gobernación de La Guajira

Diagnóstico Socio-Antropológico

La diversidad cultural de la zona hace de este extenso territorio un lugar de permanentes encuentros culturales y de una amplia movilidad geográfica de sus comunidades por costumbres históricas. Este es el caso de la etnia Wayúu, como la población indígena más grande de la zona y para quienes el tránsito por toda La Guajira tanto Colombiana como Venezolana hace parte de sus actividades cotidianas.



Ranchería Wayú

La población indígena está representada en su mayor parte por los guajiros -Wayúu. La distribución demográfica en la zona nos permite hablar de una población con características similares en su zona de frontera en medio de la diversidad cultural evidente de ambos países.

La etnia Wayúu se distribuye a lo largo de la guajira colombiana y venezolana. Esta distribución demográfica de los Wayú en la península sigue dinámicas sociales relacionadas con los cambios climáticos en la zona. Durante las estaciones de sequía, muchos miembros de la comunidad se desplazan a territorio venezolano y regresan para la temporada de lluvias en la guajira colombiana. Estas temporadas de sequía, por lo general se dan entre los meses de abril a diciembre y de mayo a septiembre.

Es importante destacar la cobertura en educación para la población indígena, como espacios estructurados que generan dinámicas que permiten vínculos de trabajo y entendimiento cultural entre los Wayúu y los “civilizados” o alijunas como denominan los Wayúu a sus pobladores vecinos mestizos. Los Wayú se refieren así mismos como Wayúu y tiene un significado que se traduce al español como persona o gente. El término alijuna se le designa al blanco y representa la idea de “civilizado”, mientras que otras comunidades indígenas se les denomina Kusina y hace referencia a indio (Entrevista comunidad 34 Riohacha, 2006).

Del total de la Población Indígena el 32,8% esta dentro del sistema educativo, donde el 17% se encuentra en el nivel de primaria y el 1,1% en la media (Gobernación, 2006). Estos espacios de interculturalidad a su vez han dado lugar al uso del español y el wayunaiki como lenguas utilizadas por la mayor parte de los jóvenes Wayúu. Aunque la población adulta también maneja ambos idiomas, los adultos mayores, y por lo general líderes de las comunidades, sólo utilizan la lengua Wayúu. Esta lengua presenta leves diferencias dependiendo de la zona de habitación (alta, media o baja Guajira), pero su lengua materna sigue representando para ellos un factor fundamental de identidad. En ocasiones sirve como una manera de regular las relaciones sociales ya que algunos indígenas que conocen el español omiten su uso en circunstancias de desconfianza (Entrevista oficial 1 Riohacha, 2006).

Diagnóstico Socio-Antropológico

Las dinámicas de poblamiento de los Wayúu se caracterizan por ser dispersas y matrilocales en las Rancherías, conformadas por cinco o seis casas con un nombre en común de plantas, animales o sitios geográficos. En las rancherías se encuentran las casas llamadas piichi o miichi y suelen estar rodeadas de un corral, huertas y un cementerio compartido por los miembros de la ranchería. Algunas de estas rancherías cuentan con molinos para bombear el agua y jagueyes que sirven de pozos artificiales. Estas rancherías sirven de vivienda durante temporadas por sus estilos semi-sedentarios de desplazamiento afectados por el clima, las oportunidades laborales y tradiciones culturales (Entrevista oficial 1 Riohacha, 2006).

El componente étnico en la zona es una de las principales dinámicas sociales que trasciende todos los espacios de la organización social. Es así como el departamento se divide políticamente en entidades territoriales dentro de las cuales se organiza la población indígena. En municipios como el de Manaure, con una mayoría de población indígena en donde conviven organizadas cuatrocientas comunidades con sus respectivos líderes, la organización social se rige por patrones de consenso entre la población mestiza y las comunidades en todos los temas de interés público.

En este orden, las políticas en salud y de orden ambiental siguen procesos de discusión entre líderes de las diferentes partes, incluido el gobierno municipal, para lograr acuerdos en la toma de decisiones de los intereses del municipio. Un ejemplo de esto surge precisamente del área de salud en donde los programas de la secretaria de salud departamental se trabajan de acuerdo a las necesidades establecidas en las discusiones y en las cuales cada paso requiere de la aprobación de sus líderes en cada comunidad (Entrevista oficial 22 Manaure, 2006).

Estas dinámicas han formulado en la zona un puente en común para el trabajo gubernamental, en esta caso del municipio de Manaure, que sirve como ejemplo de las lógicas de convivencia intercultural a nivel político y de organización social que se filtra en los diferentes espacios sociales y de manera especial en los de salud.

Dinámicas sociales asociadas a los servicios de salud

El Departamento de La Guajira, históricamente ha sido una región que ha presentado problemas en cuanto a la atención, uso y acceso de servicios de salud para la población local. Este hecho se ve reflejado en consecuencias negativas para la salud de la población, a partir de la interacción de dinámicas sociales asociadas al contexto de conflicto armado del país y las dificultades en las condiciones de vida por los altos índices de necesidades básicas insatisfechas (Ver Tabla No. 2).

Estos factores generan un contexto con características determinantes para la generación de brotes o epidemias producidas por enfermedades transmisibles y conlleva varios factores de riesgo que debilitan los servicios de salud y el estado de bienestar en salud de su población.

Actualmente la vigilancia en salud pública ha recobrado su importancia en el departamento con lo que se busca prever con antelación situaciones de emergencia en salud para la región y ampliar la cobertura en salud para los municipios del departamento. Este interés se debe a que en los últimos años los registros de la Secretaría de Salud dan cuenta que la notificación semanal no ha sido satisfactoria, como se registró en el año 2003, en el que solo cinco de quince municipios lograron un 90% en la notificación semanal a través del SIVIGILA (Perfil Epidemiológico, 2003). El sector oficial atribuye este problemática a las deficiencias en los medios de comunicación telefónicos y otros medios que permitan la comunicación directa entre las áreas de epidemiología de los diferentes municipios.

Así mismo, teniendo en cuenta las dificultades de notificación, existe en el departamento una Red de Vigilancia Epidemiológica comunitaria constituida por vigías indígenas voluntarios en siete municipios, los cuales realizan las tareas de notificación de las enfermedades que los afectan semanalmente en las diferentes zonas. A estas actividades se suman la realización de censos en las poblaciones indígenas, que por su ubicación con

Diagnóstico Socio-Antropológico

difícil fácil acceso además de las barreras culturales como el lenguaje, han permanecido al margen de la vigilancia y control de las Secretarías de Salud. De esta manera, los vigías voluntarios indígenas han logrado como miembros de sus comunidades promover actividades de vigilancia e información general de la población.

La notificación realizada por la Red de Vigilancia Wayúu tomada como morbilidad sentida de la población indígena la cual muestra un comportamiento homogéneo al registrado por el sistema SIVIGILA, en los que la enfermedad diarreica aguda (EDA) y las infecciones respiratorias agudas (IRA) persisten en los primeros lugares en diferentes municipios.

La infraestructura para los servicios de atención en salud enfrenta varias dificultades en todo el departamento por la falta de centros de atención que permitan descentralizar la atención en la ciudad de Riohacha, para así poder mejorar la atención en poblaciones distantes y en la misma medida la ausencia de personal calificado en salud que pueda brindar apoyo permanente en los diferentes centros (Entrevista oficial 3 Riohacha, 2006).

Esta realidad se hace evidente en poblaciones como Las Flores en el Municipio de Dibulla entre tantas, en donde el médico debe cumplir con un horario de atención a la comunidad en diferentes localidades durante la semana para lo cual debe dirigirse a un sector diferente cada día. Por esta razón el centro de salud de Las Flores como otros cuenta con la atención médica dos días a la semana lo que congestiona la atención y exige a sus habitantes la movilización en casos de emergencia a la cabecera municipal o hasta el hospital de la ciudad de Riohacha al no contar con atención permanente en su localidad (Entrevista oficial 3 Riohacha, 2006).

Programas en Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

Teniendo en cuenta las estadísticas epidemiológicas del departamento, la Oficina de Vigilancia Epidemiológica lidera la creación de proyectos y actividades enfocados en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades que son consideradas prioritarias en su agenda.

Estas actividades implican el trabajo conjunto con las diferentes Secretarías de Salud de los Municipios o con agentes oficiales a nivel departamental como es la oficina de Vigilancia y Control de Vectores, así como planes conjuntos con organizaciones privadas o no gubernamentales (Entrevista oficial 2, Riohacha, 2006).



Visitas Rancherías Control de Vectores-Municipio de Manaure

Las actividades de P y P en La Guajira han estado enfocadas en un primer nivel en la sensibilización de la población para lograr la vinculación de actores que permitan el trabajo con las comunidades. Un ejemplo de esto ha sido el trabajo con comunidades indígenas en las cuales los vigías voluntarios indígenas han recibido entrenamiento y algunos se han capacitado profesionalmente para servir de puente entre los grupos. Estas actividades incluyen la identificación de síntomas y el reporte de los mismos de manera oportuna. Estos esfuerzos se ven enfocados en enfermedades como la tuberculosis que se ha visto en incremento, desnutrición, lactancia y las siempre existentes enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias, las cuales se agudizan en particular durante las épocas de invierno en la región (Entrevista Riohacha, 2006). Así mismo, la vinculación de población indígena en la detección de síntomas y notificación ha dado lugar a procesos de

Diagnóstico Socio-Antropológico

empoderamiento por parte de la comunidad en la búsqueda de alternativas frente a sus principales problemas de salud.

Por otro lado, la coordinación departamental de Vigilancia y Control de Vectores se encarga del trabajo de prevención y control a través de las visitas domiciliarias, sensibilización y comunicación con la población, el reconocimiento y manejo de criaderos, abatización, seguimiento de los casos positivos, creación de guías de atención y visita a todas las zonas de riesgo para programas de fumigación y control biológico. Las actividades de P y P, entonces, buscan a través de la autogestión de líderes locales organizar la comunidad para lograr niveles satisfactorios de control social de la enfermedad.

Al decir de los actores locales, sin embargo, estas actividades enfrentan dificultades para su continuidad en términos presupuestales. El presupuesto destinado a los programas de P y P no permite la contratación continua de funcionarios para las programaciones anuales. Al depender de contratistas se debilitan las acciones cuando no se renuevan a tiempo los contratos y en igual medida el monto asignado por PAB dificulta alcanzar las fechas y metas esperadas (Entrevista oficial 3 Riohacha, 2006; Entrevista oficial 14, 15 Dibulla, 2006).

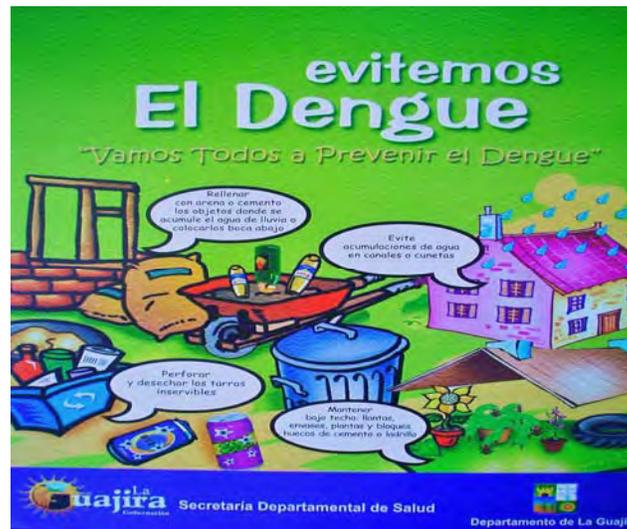


Control Biológico Criaderos Naturales- Municipio de Dibulla



Diagnóstico Socio-Antropológico

Como ejemplo del trabajo en vectores, actualmente se está trabajando en un Programa de Prevención del Dengue a través de las instituciones educativas buscando de esta manera llegar a la población joven de estudiantes como parte de sus temas de aprendizaje. El programa consiste en unos talleres que se realizan en conjunto con los estudiantes y docentes de cada institución a través de unas cartillas diseñadas para cada grupo como material educativo. Estas cartillas tienen el objetivo de brindar elementos teóricos y prácticos como herramientas para ejecutar acciones directas de prevención y control del Dengue a nivel de la comunidad educativa en el departamento, como son el control de la infestación aérea.



Cartilla Educativa Estudiantes – Dengue

Desde otro frente de acción se llevan de igual forma a cabo campañas orientadas a la vigilancia ambiental con los programas de vacunación a nivel departamental y hacia enfermedades por factores de riesgo ambientales, específicamente en el control de la calidad de agua de consumo humano. Para este propósito el Laboratorio Departamental de Salud Pública realiza controles de calidad al agua y hace recepción de muestras que son llevadas por la comunidad mientras cumplan con el procedimiento indicado de la toma de la muestra. La calidad del agua a nivel departamental no es apta para su consumo humano en un alto porcentaje y esto se evidencia en las altas estadísticas para EDA que presenta la población (Ver Tabla 9). Aunque el agua ocupa el primer lugar en prioridades como factor de riesgo ambiental, el Laboratorio también implementa programas de control a los alimentos, la sal y control de calidad de los laboratorios municipales (Entrevista Oficina 3 Riohacha, 2006).

Dinámicas sociales asociadas a las condiciones de vida

Según los estudios de pobreza que se han realizado en Colombia, La Guajira mantuvo un 55,3% de su población bajo la línea de pobreza en el año 2003 y un 53,5% en el año 2004. Estas cifras se relacionan con las dinámicas sociales de desplazamiento por violencia dentro del departamento y hacia otros departamentos. La problemática del conflicto armado ha estado presente en la región y en particular ha tenido una fuerte presencia de grupos armados hacia la zona de la Sierra Nevada de Santa Marta, al sur del departamento de La Guajira. Según los reportes de la Red de Solidaridad Social, en los últimos 10 años se ha presentado en la Guajira al igual que en el resto del país el fenómeno del desplazamiento (Ver tabla No. 3). Este elemento es clave para entender muchas de las dinámicas sociales entorno a la gestión de la salud en la región, en donde además están presentes otros factores de riesgo como los altos niveles de necesidades básicas insatisfechas y los problemas de saneamiento ambiental y servicios públicos.

Economías locales

La población del Departamento de La Guajira se dedica a diversas actividades económicas según la región que habitan. Como tierra de constantes migraciones sociales al estar ubicado en zona fronteriza y contar con puertos terrestres como Maicao y marítimos en las costas, La Guajira es un territorio caracterizado por el comercio nacional e internacional y las actividades de contrabando en su frontera con Venezuela. Este perfil da cuenta de la organización social de algunos de sus grupos sociales como lo es la comunidad árabe en la ciudad de Maicao.

Trabajos como la agricultura en las fincas y rancherías, así como la pesca, permiten el sustento diario de la familia nuclear y en algunos casos de un grupo más extenso en la medida que se compartan actividades como el cuidado del ganado, la producción de artesanías o el comercio ilegal.

La población campesina y colona por su parte se dedica por lo general de manera independiente o como jornaleros a la agricultura, la pesca y la ganadería. De igual forma desempeñan otros oficios informales de tipo doméstico o familiar o se encuentran vinculados a las empresas de explotación de los recursos de la zona como son el carbón, la sal y el petróleo.

La extensa comunidad indígena lleva a cabo actividades como el pastoreo, la pesca, la artesanía y el turismo en años recientes, en la medida que se ha estructurado este servicio en la zona. Así mismo, algunos de sus miembros se han vinculado a las actividades mineras de la región o se han involucrado en la esfera política de las ciudades.

En medio de esta multiplicidad de actividades es importante destacar que son dinámicas sociales de economías de subsistencia a la que pertenecen desde estos espacios laborales. Esta característica le imprime un peso fundamental para entender que son fuentes de ingresos para el día a día a partir de las cuales se logra la subsistencia mínima de los núcleos familiares. Es decir, que en su mayoría esta población trabaja día a día para lograr suplir algunas de sus necesidades, como la alimentación y la vivienda y de este hecho, que las necesidades de la salud no pasan a un primer plano hasta no interrumpir las actividades laborales de subsistencia de los grupos familiares. Esto último nos permite entender el vínculo con la cultura de la salud, que se presenta en la tercera sección de este informe, dado que son grupos que al vivir con un alto porcentaje de necesidades básicas insatisfechas, sus esfuerzos se concentran en la resolución de las dinámicas del día a día.

Saneamiento ambiental y servicios públicos

A nivel departamental, La Guajira avanza de forma precaria en la solución de sus problemas de saneamiento ambiental básico. Las condiciones de vida de sus habitantes se ven afectadas principalmente por la problemática de la calidad y suministro del agua, la cual es insuficiente para la mayoría de la población y en términos de calidad los estudios

Diagnóstico Socio-Antropológico

demuestran altos niveles de agua no apta para el consumo humano (Ver Gráfica No. 9).. Así mismo, a nivel municipal se adelantan esfuerzos para la implementación constante de energía eléctrica y para la adecuación de redes de acueducto y alcantarillado, y para el manejo de basuras y desechos en las poblaciones (Ver Tablas 20-21; Gráficas 11-14). La cobertura en servicios públicos del departamento de La Guajira no es homogénea en su territorio. Las zonas urbanas se ven más beneficiadas que las áreas rurales, aunque en ambas zonas existen dificultades en el suministro de servicios públicos como la energía eléctrica, gas y agua (Entrevista oficial 23 Riohacha, 2006).



Desechos sólidos en áreas de vivienda

Según los análisis del Laboratorio Departamental de Salud Pública se evidencia que no se han realizado cambios para el mejoramiento de la calidad del agua. Este es un problema que aqueja de forma seria a la población no sólo por la calidad deficiente sino por la precariedad en su distribución con racionamientos constantes de agua. Esto último da lugar a las prácticas de almacenamiento de agua como respuesta a una necesidad fundamental que no se resuelve a nivel público y que representa un factor de riesgo por la multiplicidad de criaderos de agua que se generan a nivel domiciliar y peri domiciliar (Entrevista Oficial 15 Riohacha, 2006).

“Es preocupante para nosotros la acumulación de basuras en cada casa...la gente no elimina esos desechos sino que los colecciona y por eso hay ratas y muchos sitios de criadero para el mosquito” (Entrevista Oficial 15 Riohacha, 2006).

Igualmente resulta preocupante para la comunidad y el sector oficial la acumulación de basuras en los domicilios familiares por ser un factor de riesgo para sus habitantes y las viviendas vecinas. En particular, el municipio de Dibulla manifiesta desde la Secretaría de Salud los riesgos que aumentan con la práctica social de acumular basuras en los jardines internos de las casas y áreas cercanas como en los lotes en la parte posterior de las viviendas. Esta acumulación genera malos olores, contaminación por quemas, atrae animales y sirve como criaderos artificiales de larvas (PAB, 2005).

Las dificultades a nivel de saneamiento ambiental influyen en las características de los contextos de vivienda y trabajo de las poblaciones. En esta medida, estas variables influyen en la vida cotidiana y en particular en la salud, generando factores de riesgo asociados con el medio ambiente. Estos factores son reconocidos por sus habitantes y hacen parte de las dinámicas sociales que surgen del manejo de los espacios públicos

Sistemas de Transporte

El departamento de La Guajira cuenta con una malla vial eficiente para el desplazamiento por la Baja y Media Guajira por la troncal del Caribe que atraviesa desde Santa Marta hasta la frontera con Venezuela en Paraguachón. En total, la región cuenta con 354 kilómetros de vías primarias pavimentadas en asfalto (Ver Tablas No. 17-18)

Diagnóstico Socio-Antropológico



Camino veredal Las Flores

A nivel de la Alta Guajira se carece de mallas viales pavimentadas dadas las características ambientales de la zona que dificultan el paso pero no lo impiden del todo. Así mismo, la región cuenta con vías veredales sin pavimentar pero transitables siempre y cuando no se dé un periodo de lluvias muy fuerte que inunde los caminos.



Inundación en vía municipal

Actualmente se encuentra en construcción una nueva vía que conectará el Municipio de Riohacha con el de Manaure atravesando zonas de rancherías que han estado aisladas geográficamente y que permitirá un mejor acceso a zonas turísticas en la Alta Guajira. En general existe una buena comunicación terrestre entre los municipios y las localidades internas por medio de vías primarias, secundarias y terciarias. Dadas las características geográficas también existe la comunicación marítima en varias zonas así como por río entre municipios.

Los sistemas de transporte responden de manera satisfactoria para la población que hace uso de los mismos especialmente en términos de la malla vial con la que cuenta gran parte del territorio en ambos países. Sin embargo, es interesante destacar que esta malla vial y sistemas de transporte no constituyen las principales opciones de desplazamiento de la comunidad Wayúu. De esta manera se evidencian las dinámicas en torno al desplazamiento a pie por toda la región, sin excluir el uso de los medios de transporte en su totalidad para circunstancias específicas. Es fundamental resaltar los largos trayectos a pie o a caballo recorridos por las mujeres en sus visitas a otras rancherías, así como los trayectos en las labores de pastoreo y el uso de bicicletas por parte de la comunidad más joven. Esto nos permitirá entender las dinámicas a continuación.

Dinámicas de desplazamiento y movilidad geográfica

La existencia de dinámicas de desplazamiento y movilidad geográfica en la zona se han presentado de forma histórica en diferentes formas. Una primera, corresponde a las costumbres culturales de casi la mitad de la población del departamento, por parte de las comunidades Wayúu, en sus tránsitos a diferentes zonas según sus costumbres culturales. Estas prácticas se realizan para la visita por temporadas de parientes ubicados en otras zonas o en épocas de sequía en el que se desplazan en búsqueda de agua si en sus localidades se presenta la escasez o si hay dificultades en la adquisición en los pozos y molinos distribuidos por la región.

“Los pozos son parte de los programas que se manejan para el bienestar de la comunidad. Estos están repartidos en todo el municipio para que no tengan que caminar tan lejos por el agua como acostumbran...es la única fuente de agua en estas zonas” (Entrevista oficial 22 Manaure, 2006).

De igual forma, es importante distinguir la movilidad geográfica que generan las actividades económicas del comercio y en particular en la zona del comercio ilegal. Este comercio atraviesa las fronteras con el estado de Zulia en Venezuela y dentro del territorio colombiano se ha manifestado en la ciudad de Maicao por su condición de puerto terrestre.

Sin embargo, a estos desplazamientos culturales, se suma otras modalidades generadas por grupos de poblaciones mestizas, afro descendientes e indígenas, provenientes de otras zonas del país por cuestiones de violencia en los que la población se ve forzada a reubicarse en otros territorios. Es así como el Departamento de La Guajira ha sido receptor de estas comunidades y ha experimentado el flujo de poblaciones internamente y en sus fronteras con otros departamentos.

La existencia de estas otras formas de desplazamiento geográfico, en este caso forzado genera más dinámicas de movilidad geográfica en el territorio guajiro y sus áreas aledañas. Este desplazamiento incluye a los grupos armados que combaten por territorio en las zonas, en particular las que rodean la Sierra Nevada, y trae consigo un desplazamiento violento de las familias que habitan dichas zonas. El fenómeno de la *movilidad geográfica cultural o forzada* trae consigo dinámicas sociales que incrementan la posibilidad de transmisión de enfermedades como la malaria y genera unas condiciones de vida precarias para su población.

Diagnóstico Socio-Antropológico

La presencia de grupos armados, grupos de desplazados y en general de situaciones de conflicto en La Guajira colombiana ha tenido efectos en el servicio de salud a la población. Municipios como el de Dibulla, uno de los más afectados, no han cumplido de forma satisfactoria con su programación de visitas de vacunación y vigilancia epidemiológica en los últimos años, por problemas de orden publico que no garantizan la seguridad en el acceso y trabajo por parte del equipo de salud (Entrevista oficial 15 Dibulla, 2006).

Poblaciones como Mingueo o las Flores, del municipio de Dibulla, viven con un alto porcentaje de NBI que sumadas a las dinámicas de desplazamiento forzado, aumentan los factores de riesgo en términos de salud de sus poblaciones.

En particular, Dibulla como zona endémica para malaria desde la epidemia de finales de 1999 y principios de 2000 experimenta la unión de estas dinámicas con consecuencias negativas para sus habitantes (Entrevista oficial 3, 23 Riohacha, 2006).

Estas características de la vida de la población presentan otras dinámicas hacia el norte del departamento, en donde según la certificación del DANE la población por municipios que se encuentran con mayores Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) es en su mayoría la ubicada en la zona indígena donde alcanza el Municipio de Manaure un 100% y Uribia un 99% (Ver tabla No. 2). En el Municipio de Manaure, un 80% de su población aproximadamente pertenece a la comunidad Wayúu. Sus asentamientos se encuentran con niveles precarios de vida y su población enfrenta graves problemas de desnutrición. La calidad de vida de las 400 comunidades indígenas de la zona se ve reflejada en los datos epidemiológicos por las dificultades de la vida diaria y en los problemas para acceder y hacer uso de los servicios de salud (Entrevista Oficial 22 Manaure, 2006).

Las dificultades de acceso a los servicios se explican por diferentes factores. En un primer lugar la centralización de los puestos de atención para salud en las cabeceras municipales y en consecuencia la ausencia de atención para aquellas poblaciones que se ubican en áreas aisladas en las que el desplazamiento de una persona enferma se dificulta por las distancias y puede verse interrumpida en temporadas de invierno con la inundación de los caminos.

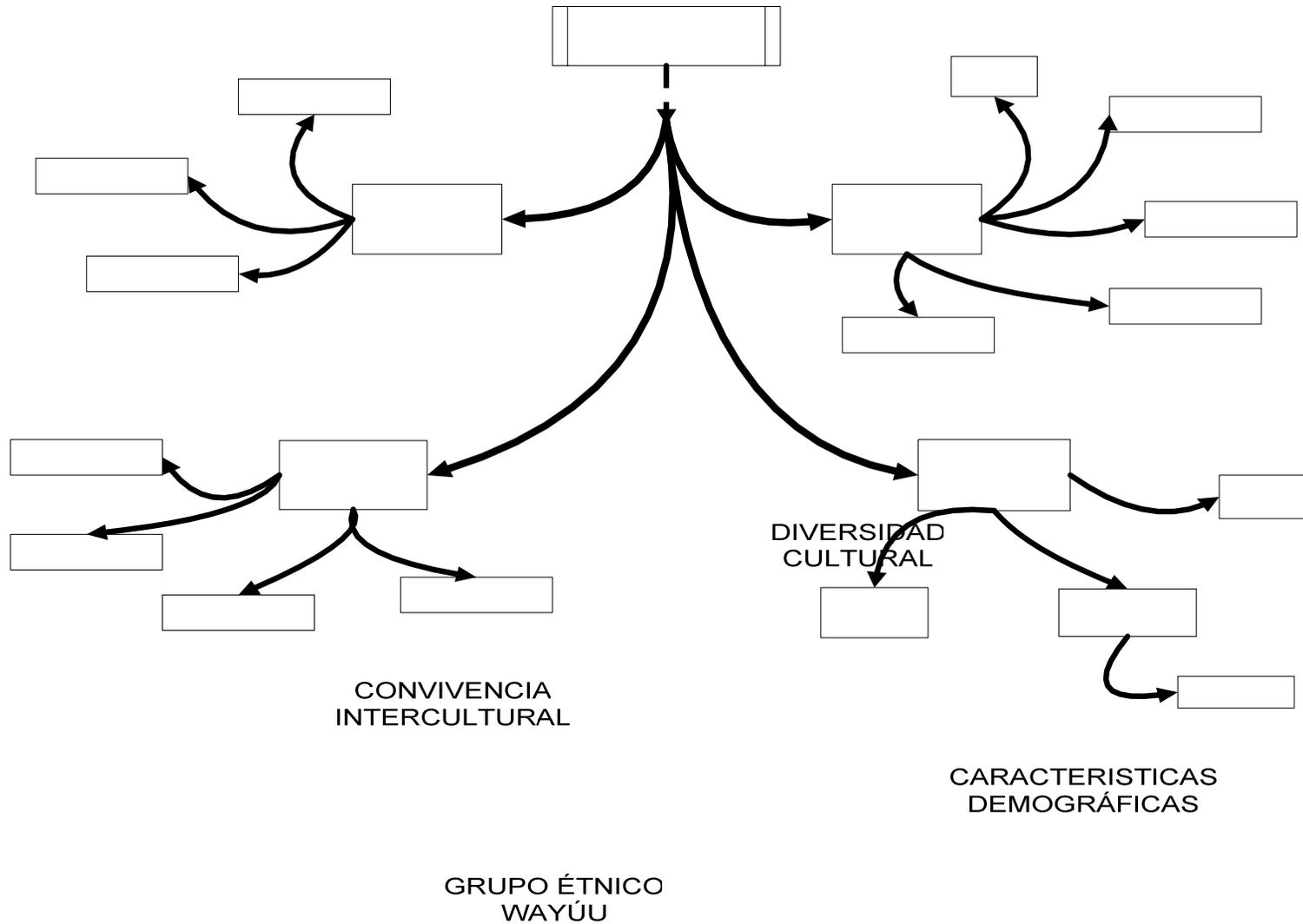
Un segundo factor vuelve a involucrar el origen étnico de dichas comunidades, que por diferencias culturales como el lenguaje y sus costumbres ancestrales, así como por experiencias sociales, no percibe en la atención de los centros de atención oficiales como los hospitales, una opción de solución a sus problemas de salud.

Un ejemplo de estas dinámicas es recordado por oficiales en salud en la Secretaría de Salud de Riohacha durante la época de la epidemia de malaria en la que la entidad fue notificada de indígenas enfermos en rancherías por medio de una mujer Wayúu que camino durante varias horas como es costumbre de estas comunidades, hasta llegar a Riohacha.

"La mujer Wayúu se dio cuenta que nadie se podía mover y que todos estaban tirados en los chinchorros debilitados y con escalofríos y camino hasta aquí para avisarnos" (Entrevista oficial 3 Riohacha, 2006).

Esta experiencia ejemplifica las dinámicas que se generan en situaciones de emergencia en salud en poblaciones aisladas. Como se hace evidente, la notificación implica un proceso largo que debe sobrepasar obstáculos de comunicación y distancia para informar a los centros oficiales de manera que se pueda proceder a la atención de las comunidades. Es importante destacar de esta situación que la mujer que informó a los organismos oficiales había participado en actividades organizadas por la Secretaría de Salud que le permitieron ser un puente de comunicación entre la ranchería y la entidad oficial.

MAPA CONCEPTUAL DINAMICAS SOCIALES ZONA HOMOGENA



3. CULTURA DE SALUD ZONA HOMOGÉNEA

DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA COLOMBIA - ESTADO ZULIA VENEZUELA

Representaciones sociales de salud y enfermedad

La cultura de la salud da cuenta de las diferencias culturales en las percepciones y representaciones sociales de lo que significa salud y enfermedad como una experiencia social.

Para el caso de la zona homogénea del Departamento de La Guajira en Colombia y el Estado de Zulia en Venezuela, las nociones de salud y enfermedad se ven asociadas con las actividades laborales en la vida diaria de sus poblaciones. Esta lógica cognitiva da cuenta del valor social que se le otorga a la enfermedad como una preocupación en la medida que interrumpe una cotidianidad de actividades laborales de diferente índole.

Representaciones en salud

"Mi Diosito no ha dejado que me enferme" (Entrevista comunidad 19 Mingueo, 2006).



Familia Wayúu - Municipio de Manaure

La salud, en este orden de ideas es percibida como una cuestión del destino, en donde la suerte juega un papel fundamental en la permanencia de estados saludables para los individuos. En otras palabras, la salud es entendida por los pobladores como una cuestión que puede resultar de la suerte y en otros casos de la protección divina. Estar saludable implica no verse afectado por cuestiones del destino, y en particular por fuerzas ajenas a la voluntad propia y que sobrepasan las capacidades humanas de cada individuo de prevenir dicha situación.

Esta lógica se hace evidente cuando se explican las enfermedades por el mal clima como en los casos de IRA, o por las inundaciones en caso de las EDA (Entrevista comunidad 20 Mingueo, 2006; Entrevista comunidad 21 Manaure, 2006). La atribución causal de la enfermedad recae en agentes externos, es decir, en cuestiones situacionales más que disposicionales en su mayoría. En esta medida se genera un proceso cognitivo en el que se negocia la responsabilidad sobre los estados de salud de los individuos y sus grupos sociales.

En términos disposicionales se distingue la responsabilidad individual, expresada con el cumplimiento de actividades como la asistencia a las jornadas de vacunación y las visitas a los proveedores de salud (Entrevista comunidad 5,6, 7 Las Flores, 2006). Ideas como "Aquí nos vacunamos contra todo siempre" evidencian la gestión que se asume de forma individual y la cual hace parte de un ciclo de negociaciones con consideraciones situacionales que involucran principalmente al sector oficial en salud.

Un ejemplo de las atribuciones causales a fuentes externas se da en la responsabilidad que se les otorga a los organismos gubernamentales, en el mantenimiento de los espacios públicos tanto urbanos como rurales. Siendo este un caso claro para las enfermedades transmitidas por vector que se atribuyen a la falta de fumigación o de control de criaderos, o en general de saneamiento ambiental.

"Aquí no han venido a fumigar y por eso nos enfermamos" (Entrevista comunidad 8, 9 Las Flores, 2006).

Los espacios públicos se convierten en objeto de responsabilidad y control por parte del gobierno en el decir de la comunidad, mientras el espacio de sus hogares permanece dentro del ámbito privado y bajo responsabilidad de sus habitantes. De esta manera se hace evidente la negociación de la responsabilidad por el control de los factores de riesgo que amenazan con interrumpir la cotidianidad de la vida diaria.

Representaciones de enfermedad

"Enfermarse es un problema porque y quién trabaja...yo trabajo hasta que no aguante mas" (Entrevista comunidad 10 Las Flores, 2006).

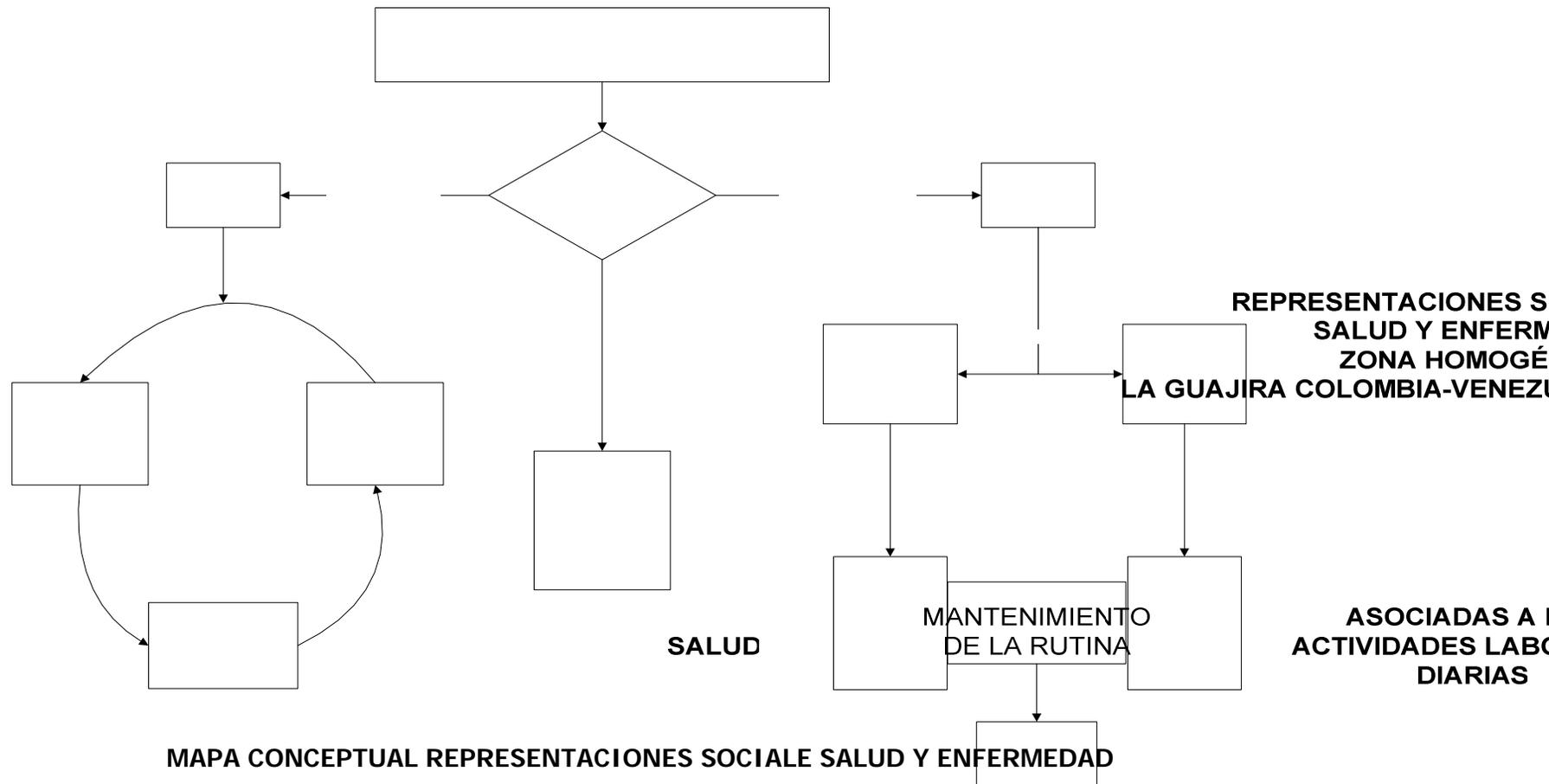
Las percepciones y representaciones sobre la enfermedad manifiestan un quiebre de la rutina laboral diaria. Esta interrupción puede estar orientada hacia dos gnoseologías generales reconocidas en la comunidad. Una primera categoría asociada a las enfermedades sentidas por la población como las más frecuentes y registradas en los boletines epidemiológicos como las de mayor prevalencia (Ver tabla No. 9). Estas corresponden a las EDA, IRA, dengue o "virosis" y desnutrición. Estas pueden ser comprendidas como las enfermedades cotidianas a las cuales se les percibe como familiar y en esa medida "manejables" dentro de los límites definidos por la experiencia de la vida diaria.

Es común oír de la población la preocupación por los síntomas asociados a estas enfermedades, que afectan principalmente a la población infantil (Ver tabla No.9). La noción de enfermedades cotidianas hace referencia a su vez a la percepción de las mismas como algo propio de la vida diaria en la medida que se explican como producto de situaciones que hacen parte de contextos de vida diaria precarios.

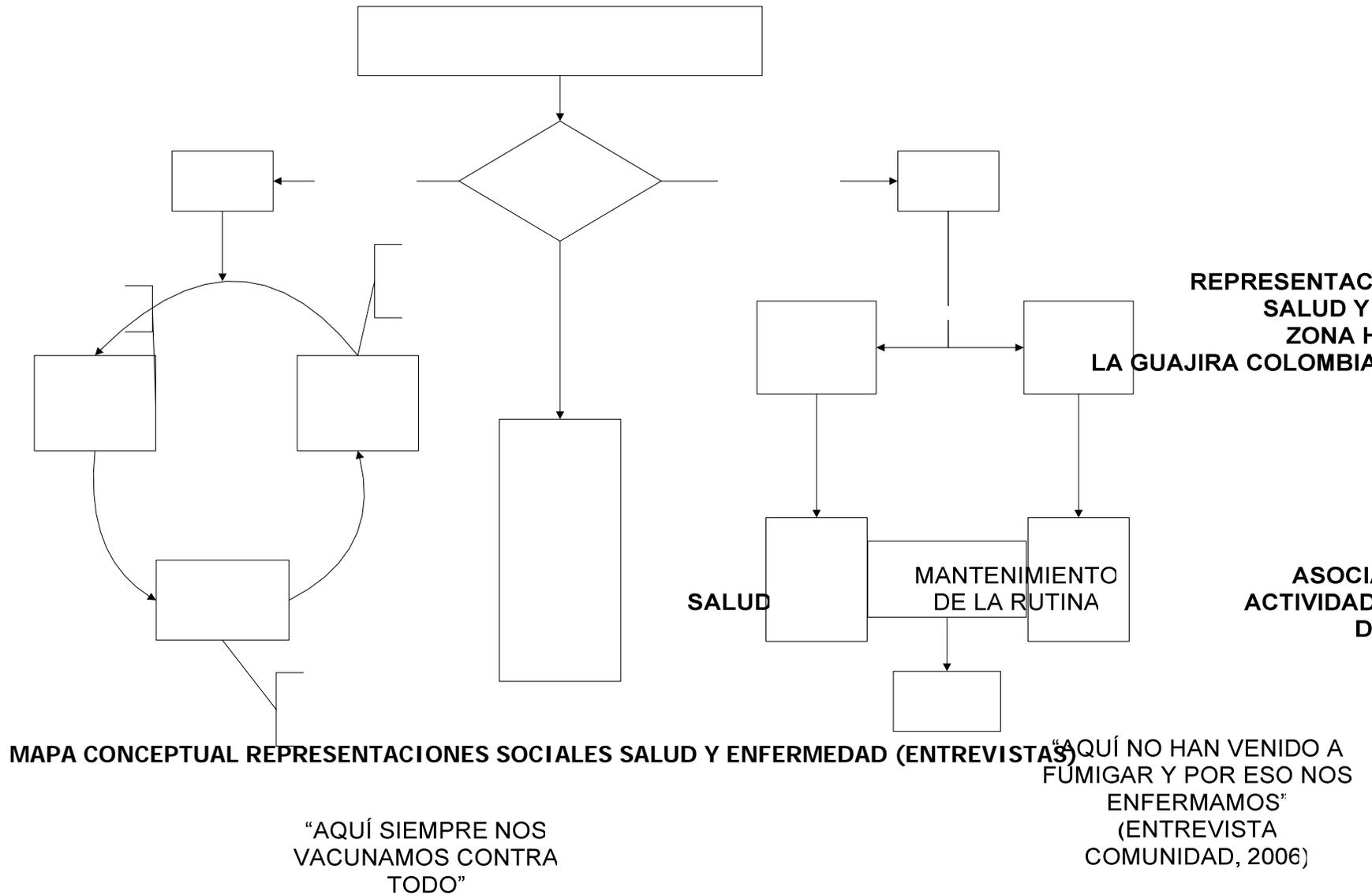
La segunda categoría de enfermedades, cobija aquellas asociadas como *propias de una región* por características ambientales o circunstancias particulares vividas que marcan la experiencia de sus poblaciones. Este es el caso de enfermedades como el paludismo o la leishmaniasis, que son reconocidas bajo unas características geográficas y sociales que marcan las dinámicas de interacción frente a la enfermedad.

La vivencia de haber sufrido de paludismo es una experiencia tanto individual como social para los individuos que habitan en la zona. El sufrir alguna de las enfermedades propias de la región es algo común en sus historias de vida y se comparte a través de narraciones de la sintomatología y la época en la que se dio, además de las circunstancias a las que se atribuye la enfermedad, como puede ser el tipo de trabajo que desempeñaban o factores ambientales y geográficos de la zona. En esta medida, se hace evidente la interacción de las dinámicas sociales que se recrean en estos contextos en torno a las problemáticas de salud y enfermedad y en particular frente al paludismo como un problema de salud de sus poblaciones.

Diagnóstico Socio-Antropológico



Diagnóstico Socio-Antropológico



Percepciones de riesgo

"Aquí nos enfermamos cuando llueve y se inunda el campo" (Entrevista comunidad 28 Manaure, 2006).

El reconocimiento de las actividades o situaciones a las que se les atribuye la causa de la enfermedad, permiten acercarse a la comprensión de la percepción de riesgo por la población. En este caso, el riesgo se ve vinculado con la condición de habitar una zona geográficamente propensa a "transmitir" esa enfermedad y en la cual las actividades o circunstancias asociadas con la cercanía de fuentes de agua, recolección de agua, lavado de ropa en el río o el trabajo en espacios abiertos como es el campo, son lugares en donde puede ocurrir la enfermedad de manera directa.

En esta medida, el riesgo es asociado al contacto o cercanía con el agua y el trabajo en el monte, como zonas en las que el agua representa la posibilidad de enfermarse y en algunos casos también es asociada con la presencia del mosquito. En este tipo de atribuciones no hay una discriminación tan evidente del mosquito en primera instancia, pero no se excluye como factor de riesgo en las narraciones de la población.

A partir de estas representaciones para la malaria, se evidencia una percepción de riesgo de "transmisión directa" de la enfermedad vinculada a dichas labores durante el primer día de presencia de síntomas. Es decir, que el inicio de síntomas se atribuye, a las actividades realizadas como factor disposicional, y al lugar como circunstancia situacional de la enfermedad. No se percibe entonces de manera importante la presencia de un periodo de incubación en el que sea clara la atribución de los síntomas a situaciones de riesgo en un periodo de tiempo previo.

"Desde que me enfermé ese día de paludismo por trabajar en ese pozo yo no volví a ir...yo ya no voy por allá" (Entrevista comunidad 30 Shispana, 2006).

Trayectorias de riesgo

De esta manera, las trayectorias de riesgo se asocian en los espacios de tiempo previos a la presencia de síntomas. Estas trayectorias de riesgo se identifican, como se ha mencionado, con dos formas de riesgo: los dispocionales y los situacionales.

Tabla No.28 Trayectorias de riesgo

Trayectorias dispocionales	Trayectorias situacionales
Actividades de recolección de agua.	Vivienda ubicada cerca a fuentes de agua.
Actividades de pesca.	Vivienda ubicada en zonas propensas a la inundación.
Actividades laborales-agrícolas cerca a fuentes de agua.	Viviendas o áreas de trabajo ubicadas en zonas sin control de criaderos.
Actividades en zonas de mucha vegetación-monte.	Viviendas o áreas de trabajo en zonas rurales aisladas de cabeceras municipales.
Acciones preventivas: uso de mosquiteros, repelentes.	Épocas de invierno.

Orientación temporal y percepción de riesgo

En estas regiones de la zona homogénea, como se discutió en las dinámicas sociales, las actividades laborales para la mayoría de la población están conformadas por actividades económicas de subsistencia. Esta dinámica nos remite a una característica que permite aproximarse a los vínculos cognitivos que asocian percepción de riesgo, trayectorias de riesgo y las incertidumbres que genera la implementación de prácticas preventivas en contextos de precariedad económica.

Diagnóstico Socio-Antropológico

La orientación temporal hace referencia a un enfoque cognitivo predominante en una de las tres zonas temporales: el pasado, el presente y el futuro. En este sentido, la orientación temporal de las personas influye en la interpretación del significado personal de las experiencias de vida, el cual a su vez influye en el pensamiento, los sentimientos y las respuestas comportamentales.

En esta medida la percepción del tiempo, en su orientación temporal es un factor primordial para entender las lógicas individuales y sociales de pensamiento y acción en torno a los fenómenos asociados con el mantenimiento de la salud y los problemas de la enfermedad particulares a cada grupo social.

Para el caso de esta zona, la orientación temporal de las personas responde a sus condiciones de vida y las dinámicas que estas generan. Por ser contextos de precariedad económica, las actividades en la vida diaria se ven orientadas a la solución inmediata de las necesidades que se presentan cada día. En esta medida se construyen orientaciones enfocadas de manera primordial en el presente como espacio temporal que exige la atención para la sobrevivencia.

De este proceso surgen las incertidumbres frente a las posibilidades de proyectarse de manera preventiva hacia un futuro. En este tipo de contextos los porcentajes altos de necesidades básicas insatisfechas debilitan los procesos de planeación y prevención hacia espacios temporales alejados en el tiempo futuro.

Las exigencias del tiempo presente concentran la atención hacia si mismas. En este orden, las personas prefieren opciones que tienen pequeñas ganancias a corto plazo, que solucionen sus necesidades inmediatas, que grandes ganancias a largo plazo, en un tiempo que no es certero y se percibe muy lejano como para planearlo.

Dadas estas dinámicas, las practicas que buscan prever beneficios en un futuro, como el cuidado de la salud, no se ajustan a la lógica de la vida diaria de una forma culturalmente competente. Aunque la salud es un ámbito que concierne a todos los individuos, su relevancia aparece cuando la enfermedad interrumpe la rutina y choca con los temas de la vida cotidiana.

Representaciones sociales sobre la malaria

Las comunidades que habitan esta zona homogénea, en particular las ubicadas en los Municipios de Dibulla, Manaure y Riohacha en Colombia, perciben el paludismo como enfermedad a partir de una memoria histórica desde la epidemia de finales del año 1999 y principios de 2000. En esta epidemia se registraron 2126 casos desde el 1 de diciembre hasta el día 16 de enero. Estos se distribuyeron de la siguiente forma en la región: 1329 (63,3%) del municipio de Riohacha, 574 (27,3%) de Manaure, 186 (8,9%) de Dibulla y 13 casos registrados en el municipio de Maicao. La gran mayoría de la población afectada durante la epidemia eran indígenas que habitaban las zonas rurales en rancherías o caseríos localizados en estos municipios (SIVIGILA No. 01, 2000).

De esta dinámica colectiva de reconocimiento del evento se desprenden dos representaciones fundamentales sobre la enfermedad. En primer lugar la palabra *malaria* se articula cognitivamente con la institución que trabaja en la vigilancia y control de las enfermedades transmitidas por vectores, mientras *paludismo* se asocia con la enfermedad *per se*.

En este orden de ideas, el paludismo se reconoce por los grupos que habitan hoy en día estas regiones, como una enfermedad propia de las zonas rurales y a la cual muchos de ellos o sus familiares sobrevivieron. La enfermedad se percibe como algo real dentro de un contexto de vida en el que las condiciones de vida en el campo y las dinámicas de movilidad geográfica de la zona se perciben como factores de riesgo.

“Si uno se viene a vivir al campo sabe que tarde o temprano se va a enfermar y el paludismo es común es como parte del comité de bienvenida a la región” (Entrevista comunidad 10 Las Flores, 2006).

La memoria histórica de estas poblaciones en torno a la epidemia de malaria genera dinámicas de socialización con grupos y personas nuevas en la zona, por medio de la descripción de los síntomas y de los factores atribuidos al padecimiento de la enfermedad. Así mismo, se familiariza a los nuevos residentes con el vocabulario científico asociado a la enfermedad producto de los procesos de medicalización de la misma en la vida de estas comunidades. Esto último se evidencia como una de las dinámicas que generan estas representaciones sociales sobre el paludismo como enfermedad que rompe con la vida y los quehaceres cotidianos en espacios rurales de diferentes tradiciones culturales.

“Yo llevo aquí unos meses vengo de Santa Marta y cuando llegué las personas me contaron del paludismo y de los síntomas pero hasta el momento ni el niño ni yo nos hemos enfermado” (Entrevista comunidad 11 Las Flores, 2006).

Estas dinámicas se pueden describir a partir de espacios de socialización de la enfermedad, determinados por la experiencia tanto individual como social de las mismas. En primer lugar, estas dinámicas giran en torno a la *construcción de un conocimiento científico* en torno al paludismo. Esto implica el manejo de un vocabulario apropiado al saber científico y que trae consigo además un conocimiento detallado de la sintomatología, medidas de prevención, factores de riesgo y factores de cuidado. De esta manera se integra un lenguaje científico en lo cotidiano, cuando se generan dichos espacios de socialización de la información.

Itinerarios terapéuticos

Los itinerarios terapéuticos conforman procesos y trayectorias de respuesta frente a la enfermedad en los diferentes contextos en los que esta se puede presentar. El abanico de posibilidades que se percibe una vez se presentan los síntomas varían de acuerdo a la percepción de la gravedad de la situación y a los umbrales de dolor cultural y socialmente aceptados. Es así como sintomatologías como el escalofrío se percibe como factores de riesgo de caer gravemente enfermo, mientras los dolores de cabeza son tolerados durante tiempos más largos.

“Con el dolor de cabeza uno se aguanta pero ya la debilidad y el escalofrío lo tumba a uno y eso ya es un problema porque para moverse al hospital y trabajar” (Entrevista comunidad 29 Shispana, 2006).

Para esta zona se han identificado diferentes itinerarios que siguen unas pautas de acción lógicas con la percepción de los síntomas. En primer lugar, se distingue una tendencia muy importante al autodiagnóstico y por ende automedicación de todos los síntomas no específicos como son los dolores de cabeza y las fiebres. Dada la generalidad de estos síntomas, ya que pueden asociarse a diferentes patologías a la vez, se busca el control de los mismos a través de la automedicación que puede resultar de una iniciativa propia, del consejo de redes de apoyo como la familia o vecinos y de forma muy importante del diálogo con los drogueristas de la zona. Esta automedicación incluye el uso de antihistamínicos, ibuprofeno y acetaminofen para síntomas como la fiebre, dolores de cabeza y decaimiento y en el caso de sospecha de paludismo se utiliza principalmente el alaren, además de quinina y cloroquina.

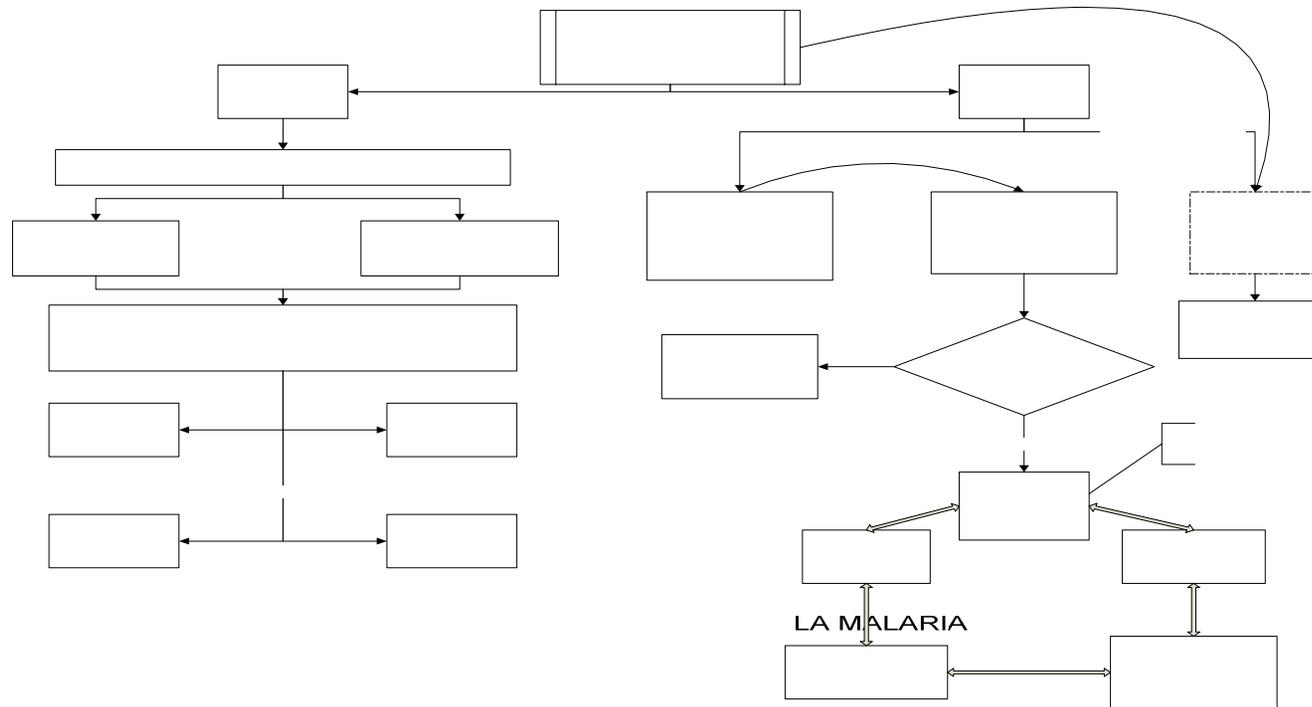
“Cuando se enfermó mi hijo lo lleve al hospital pero no sirvió para nada lo que le mandaron así que fui a la droguería y ahí supieron darme unos medicamentos que le quitaron la fiebre y el decaimiento” (Entrevista comunidad 33 Riohacha, 2006).



Diagnóstico Socio-Antropológico

De otra forma, hay itinerarios que a partir de la identificación de los síntomas y la asociación de estos con enfermedades reconocidas socialmente, como es el paludismo, buscan dar inicio al itinerario terapéutico a través del contacto con organismos proveedores de salud. Según la institución contactada, como son los puestos de salud, consultorios privados, hospitales, clínicas, el puesto de atención de la ETV y Malariología, se dan diferencias en las trayectorias pero siguen factores comunes como son el diagnóstico por medio del análisis de la gota gruesa y la medicación por parte de las personas encargadas de la distribución de los medicamentos antipalúdicos.

Diagnóstico Socio-Antropológico



MALARIA
REGIÓN FRONTERIZ
GUAJIRA
COLOMBIANA-VENEZOL

ES LA INSTITUCIÓN QUE TRABAJA EN LA VIGILANCIA Y CONTROL DEL PALUDISMO "LOS MALARIOS" O "ETV"

MAPA CONCEPTUAL REPRESENTACIONES SOCIALES DE MALARIA

MALARIOLOGÍA
(SEDE MARACAIBO)

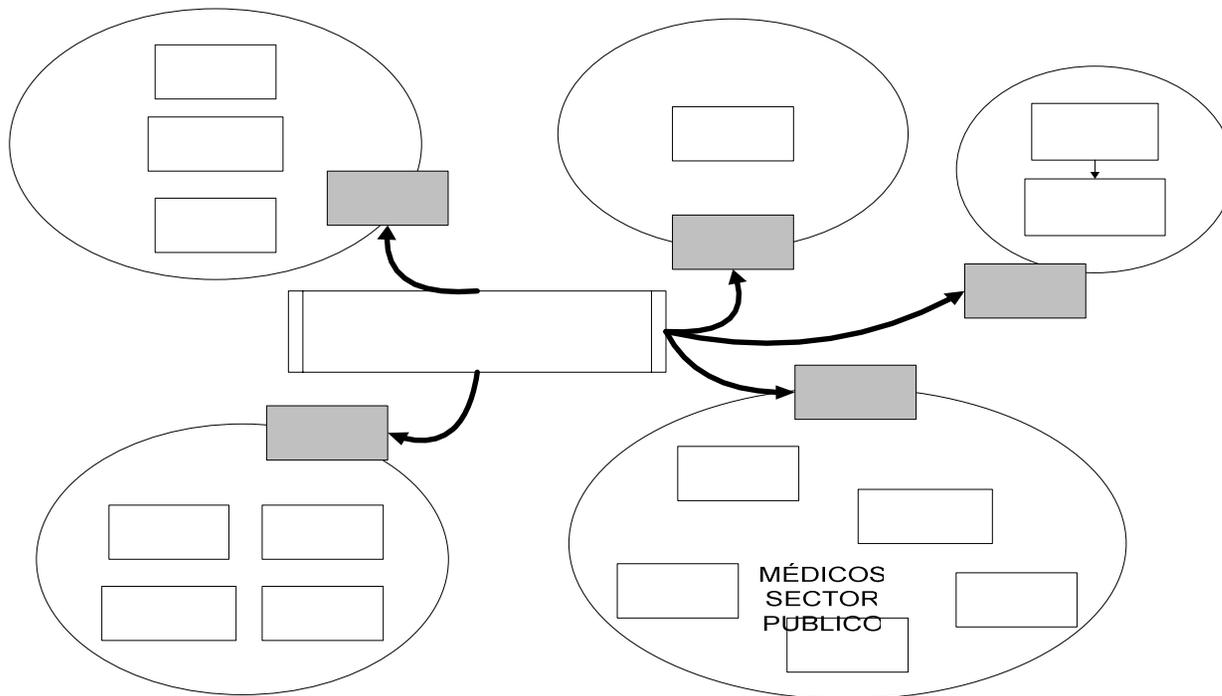
ETV
(ENFERMEDADES
TRANSMITIDAS POR
VECTOR SEDE RIOHACHA

ENFER
RECONOCID
EPIDEMIA D
EN LA C
COLO

INSPECCIÓN, EDUCACIÓN, CONTROL BIOLÓGICO Y FUMIGACIÓN

ANTES
EPIDEM
CON

Diagnóstico Socio-Antropológico

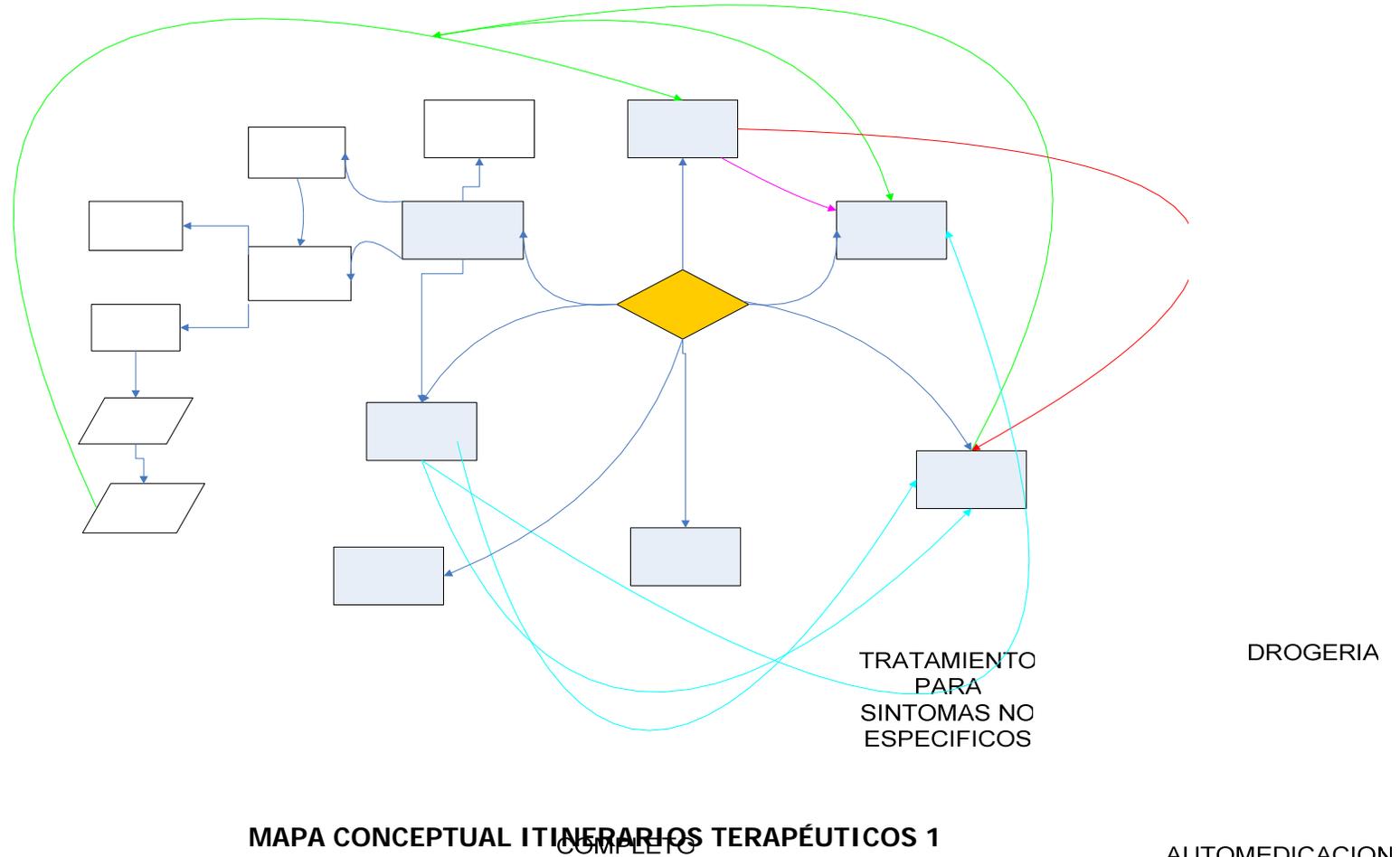


ENFERMERAS/OS

HOSPITALES

ENFERMEROS
INDÍGENAS

Diagnóstico Socio-Antropológico
MAPA CONCEPTUAL PROVEEDORES DE SALUD



MAPA CONCEPTUAL ITINERARIOS TERAPÉUTICOS 1

COMPLETO

AUTOMEDICACION
111

TRATAMIENTO
PARA MALARIA

INCOMPLETO



Diagnóstico Socio-Antropológico **Bibliografía**

DAP Departamento Administrativo de Planeación (2000). Anuario 1995-2000
Departamento de La Guajira. Gobernación de La Guajira, Riohacha.

Gobernación de La Guajira (2006). La Guajira en Cifras 2003-2005. Cámara de Comercio
de La Guajira. Riohacha.

PAB (2005) PAB Municipio de Dibulla. Secretaria de Salud Dibulla.

SIVIGILA (2000) Boletín Epidemiológico No. 1. Ministerios de Salud Colombia

Diagnóstico Socio-Antropológico

CAPÍTULO 2 ZONA HOMOGENEA
DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDE
ESTADO DE TÁCHIRA

El informe que se presenta a continuación es un diagnóstico antropológico que aborda el contexto socio-cultural de la malaria para la zona homogénea Norte de Santander-Táchira localizada en la región fronteriza colombo-venezolana.



Mapa No. 1 Zona homogénea Norte de Santander-Táchira

Tabla No. 1 Instrumentos Metodológicos

Lugares visitados	Instrumento	
Cúcuta, Puerto Santander, Bolívar, García de Hevia	Entrevistas = 32	Grupos focales = 2
	Entrevistados: Miembros de la comunidad, funcionarios de malariología y ETV, médicos, promotores de salud, encargados de las labores de laboratorio, funcionarios sector oficial en salud.	
	Grupos Etéreos	25- 55 años



Diagnóstico Socio-Antropológico



1. ORGANIZACIÓN SOCIAL ZONA HOMOGENEA DEPARTAMENTO DE NORTE DE SANTANDER ESTADO TÁCHIRA VENEZUELA

Indicadores Departamento Norte de Santander

Tabla No. 2. Generalidades Norte de Santander

DATOS GENERALES DEL DEPARTAMENTO	
Capital	Cúcuta
Extensión	21.677 km ²
Extensión que limita al norte y oriente con Venezuela	470.35 km ²
Número de municipios	40
Número de corregimientos	132
Número de veredas	1868

Diagnóstico Socio-Antropológico



Mapa No. 2. Norte de Santander

Indicadores socio-demográficos

Tabla No. 3. Indicadores socio-demográficos

INDICADORES SOCIO-DEMOGRAFICOS		
POBLACIÓN NBI (%) (2005)	41,83	37,2
ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO (IDH) (2003)	0,72	0,78
TASA DE HOMICIDIOS (POR 100 MIL HABITANTES) (2004)	64	44
Fuentes: Idh, Acueducto Y Alcantarillado: Pnud Con Base En Dane; Nbi, Tasas De Mortalidad Y Expectativa De Vida: Proyecciones Dane; Desnutrición: Dnp-Uds-Diosgs; Homicidios: Policía Nacional		

Tomado de documento CEDE 2006

Diagnóstico Socio-Antropológico

Tabla No. 4. Población por municipio de Norte de Santander

Departamento	Cabecera Municipal	Resto Rural	Total Proyecciones
NORTE DE SANTANDER	1129509	364710	1494219
Municipio	Cabecera Municipal	Resto Rural	Total Proyecciones
CÚCUTA	721794	20895	742689
ÁBREGO	10809	27286	38095
ARBOLEDAS	2686	9030	11716
BOCHALEMA	2503	3946	6449
BUCARASICA	776	4501	5277
CÁCOTA	1411	3019	4430
CÁCHIRA	2083	9805	11888
CHINÁCOTA	9654	6464	16118
CHITAGÁ	3853	7675	11528
CONVENCIÓN	9896	16806	26702
CUCUTILLA	1934	8527	10461
DURANIA	3467	4176	7643
EL CARMEN	5269	21767	27036
EL TARRA	3319	9461	12780
EL ZULIA	13508	13372	26880
GRAMALOTE	3561	4306	7867
HACARÍ	1485	9017	10502
HERRÁN	1641	4502	6143
LABATECA	1628	5358	6986
LA ESPERANZA	2708	9780	12488
LA PLAYA	1200	7559	8759
LOS PATIOS	58610	1736	60346
LOURDES	1493	2524	4017
MUTISCUA	913	4555	5468
OCANA	83549	21057	104606
PAMPLONA	53617	10292	63909
PAMPLONITA	936	3925	4861
PUERTO SANTANDER	16267	828	17095
RAGONVALIA	3539	4979	8518
SALAZAR	4171	9003	13174
SAN CALIXTO	2060	10978	13038
SAN CAYETANO	1428	2943	4371
SANTIAGO	1028	1778	2806
SARDINATA	7829	17260	25089
SILOS	1292	6025	7317
TEORAMA	2198	10186	12384
TIBÚ	13491	26691	40182
TOLEDO	5890	16762	22652
VILLA CARO	1856	3580	5436
VILLA DEL ROSARIO	64157	2356	66513

FUENTE: DANE - Colombia. Proyecciones de Población. Estudios Censales

Tabla No. 5. Población indígena

Etnia Motilón Barí		
	Ubicación (Municipio)	Población Aproximada
Resguardo Motilón Barí	El Carmen y Convención	2.739
Resguardo Gabarra Catalau	Tibú y Teorema	379
	Total	3.118

Fuente: Proyección DANE 2000

Tabla No. 6. Desplazamiento en el municipio

Número de personas desplazadas del departamento	56 mil
Número de personas recibidas por el departamento	62 mil
Fuente: Sistema Único de Registro	

Tabla No. 7 Grupos armados en la region del Catatumbo

GRUPO		Zona
FARC	Frente 33	Región Catatumbo*
ELN	Frente Guerra Nororiental	Región Catatumbo
	Frente Domingo Lain	Región Catatumbo
	Frente Armando Cauca Guerrero	Región Catatumbo
	Freten Efraín Pabón Pabón	Región Catatumbo
EPL	Frente Libardo Mora Toro	Región Catatumbo
AUC		Región Catatumbo
*La región de Catatumbo está ubicada en el norte del departamento, comprende ocho municipios (Convención, El Tarra, Hacarí, Ocaña, San Calixto, Sardinata, Teorema y Tibú.)		
Fuente: Ficha Técnica de Naciones Unidas. Situación Humanitaria Departamento Norte de Santander, marzo 2006.		

Indicadores Servicios de Salud⁸:

- Hospital San Juan de Dios (Cúcuta)
- Hospital Erasmo Meoz (Cúcuta)
- La Empresa Social del Estado Regional Norte agrupa a los hospitales de Tibú, Sardinata, El Tarra Bucarasica, Puerto Santander y toda la zona del Catatumbo.
- Oficina de Enfermedades Transmitidas por Vector (ETV)

Tabla No. 8. Indicadores en salud Norte de Santaner

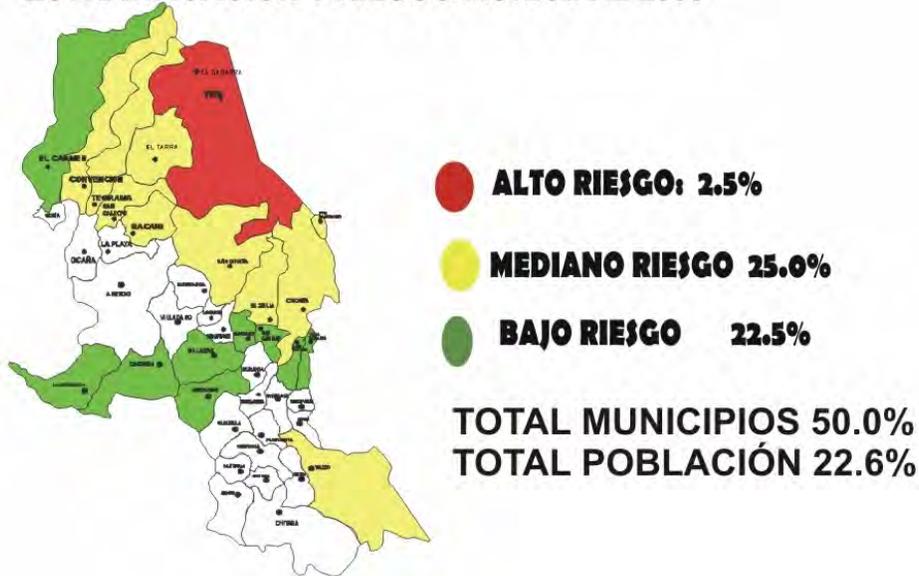
	NORTE DE SANTANDER	COLOMBIA
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (POR 1000 NACIDOS VIVOS) (2000-2005)	5,74	5,0
DESNUTRICIÓN GLOBAL EN MENORES DE 5 AÑOS (%) (1999)	4,8	6,7
EXPECTATIVA DE VIDA AL NACER (HOMBRES) (2000-2005)	67,57	69,2
EXPECTATIVA DE VIDA AL NACER (MUJERES) (2000-2005)	74,46	75,3
FUENTES: IDH, ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO: PNUD CON BASE EN DANE; NBI, TASAS DE MORTALIDAD Y EXPECTATIVA DE VIDA: PROYECCIONES DANE; DESNUTRICIÓN: DNP-UDS-DIOSGS; HOMICIDIOS: POLICIA NACIONAL		

Tomado de Tomado de documento CEDE 2006

⁸ Información no disponible para la totalidad del departamento

Indicadores de malaria⁹:

ESTRATIFICACION Y RIESGO MUNICIPAL 2005



Mapa No. 3 Estratificación de riesgo por malaria en Norte de Santander

Fuente: Oficina ETV, Cúcuta 2006

Tabla No. 9 Comportamiento de los casos de malaria en la región de centro oriente. Años 2000, 2001, 2002 y acumulado de la semana epidemiológica 44 de 2003

⁹ La información reciente para esta zona no está disponible

Dpto	Casos 2000	IPA	Casos 2001	IPA	Casos 2002	IPA	Casos hasta semana 44 de 2003	IPA
Cundinamarca	96	0.1	177	0.3	69	0,07	14	0,01
Huila	97	0.2	95	0.2	134	0,35	51	0,13
Norte de Santander	949	1.6	3673	10.6	792	2,08	939	2,39
Boyacá	72	0.2	133	0.1	275	0,35	249	0,31
Santander	140	0.1	467	0.2	481	0,77	339	0,54
Tolima	31	0.1	62	0.2	70	0,14	63	0,12
Total	1.387	X=0,38 Me=0,18	4.607	X = 1,93 Me =0,25	1.821	X=0,63 Me=0,35	1.643	X=0,59 Me=0,22

Fuente: SIVIGILA No 20 2003

Programas de prevención y promoción de la salud

- Programas para IRA y EDA son prioritarios
- Programas de lactancia materna y salud materno-infantil
- Campañas y jornadas de vacunación
- Capacitaciones para promotores en salud
- Talleres educativos (ETV)
- Radio comunitaria (Municipio de Cúcuta) en la que se cuenta con un programa llamado "Gente Saludable"
- Programa de Cátedra en Salud Pública en los colegios, con un componente de salud ambiental que incluye enfermedades transmitidas por vector.
- Uso de plegables y cartillas desde el área de educación y comunicación en salud de la ETV en Cúcuta

Economías locales:

Tabla No.10. Economías locales Norte de Santander

Sector	Actividad	Productos/ Servicios
Primario	Agricultura Ganadería	Algodón, arroz, cacao, café, caña de azúcar.
Secundario	Industria	Explotación de petróleo (Tibú)
Terciario	-Comercio legal e ilegal	

Servicios públicos:

Tabla No.11. Indicadores de servicios públicos.

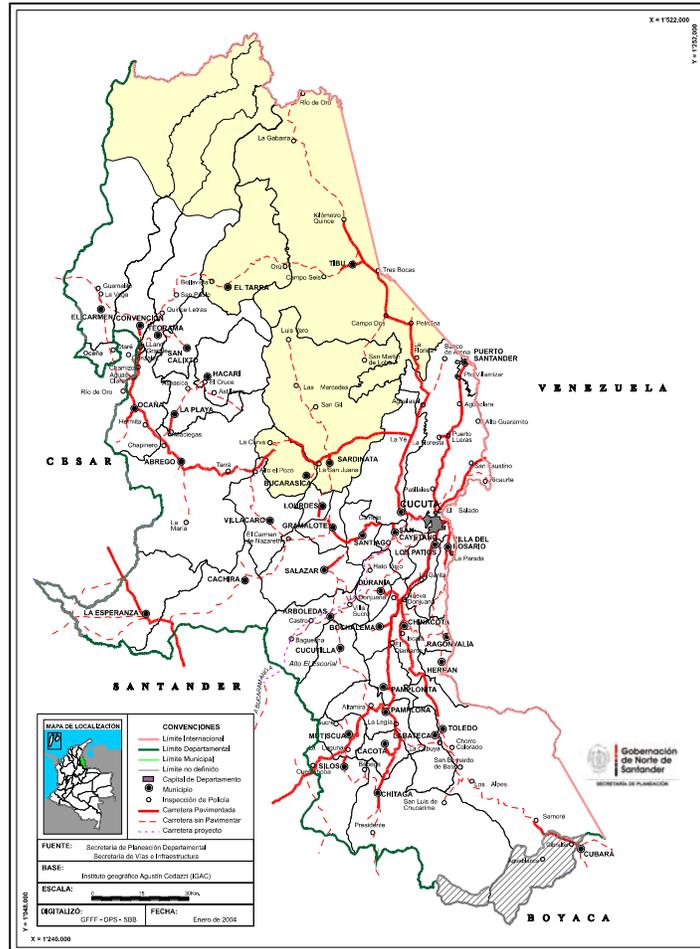
	Porcentaje para 2003	
	Norte de Santander	Colombia
COBERTURA DE ACUEDUCTO	86,9	88,3
COBERTURA DE ALCANTARILLADO	71,2	73,9
FUENTES:IDH,ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO:PNUD CON BASE EN DANE		

Tabla No.12. Indicadores de servicios públicos

CAPACIDAD ELÉCTRICA INSTALADA (MW)	163
LÍNEAS TELEFÓNICAS (NÚMERO DE SUSCRIPTORES 2004)	137.342
FUENTE:VÍAS:MINISTERO DE TRANSPORTE;LÍNEAS TELEFÓNICAS:	

Tomado de documento CEDE 2006

Sistema de transporte



Mapa 4. Malla vial Norte de Santander
Fuente; www.nortedesantander.gov.co

Sistema educativo

Tabla No.13. Evolución Matrícula y cobertura en educación 2002-2005

Evolución Matrícula y Coberturas 2002 - 2005

	2002			2004			2005			INCREMENTO 2002-2005	
	Matrícula		Cob. Bruta	Matrícula		Cob. Bruta	Matrícula		Cob. Bruta	Matrícula	
	Oficial	Total		Oficial	Total		Oficial	Total		Oficial	Total
Colombia	7,808,110	9,994,404	82%	8,569,959	10,501,959	85%	8,893,125	10,785,768	88%	1,085,015	791,364
Norte del Santander	257,165	304,300	72%	282,271	318,338	74%	288,071	330,275	76%	30,906	25,975
Cúcuta	112,182	151,889	79%	131,422	160,370	80%	135,049	170,987	84%	22,867	19,098
Resto departamento	144,983	152,411	67%	150,849	157,968	69%	153,022	159,288	69%	8,039	6,877

Notas:

~ 2002 certificada. 2004 y 2005 resolución 166.

Fuente: Ministerio de educación nacional, marzo de 2006

Tabla No. 14. Indicadores de analfabetismo.

Entidad territorial	Tasa de analfabetismo 2004	Número estimado de adultos analfabetas 2004	Población atendida 2005 (Resolución 166)	Estudiantes beneficiados departamento
				2005
Cúcuta			14.192	
Departamento			6.953	1.500
Total	10.3	107.618	21.145	1.500

Fuente: Ministerio de educación nacional, marzo de 2006

Tabla No. 15 Matriculas por zona Norte de Santander

	2002	2003	2004	2005
Urbano	242409	243449	247228	257957
Rural	61892	66394	71110	72318

http://menweb.mineducacion.gov.co/info_sector/estadisticas/basica/detalle_dpto.php?cod=54&consulta=zona



Diagnóstico Socio-Antropológico

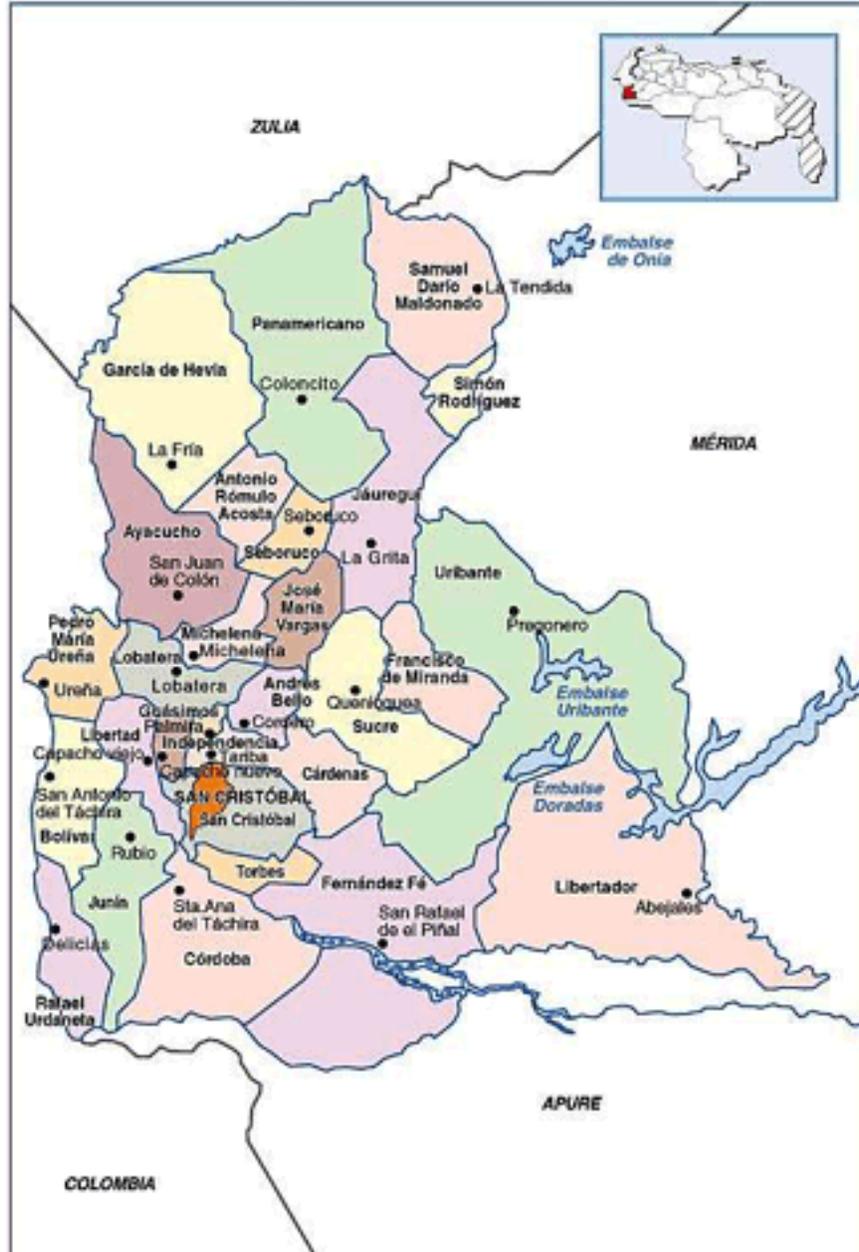


Indicadores Estado de Táchira

Tabla No.16 Datos generales del Táchira

DATOS GENERALES DEL ESTADO	
Capital	San Critobal
Extensión	11.100 Km2.
Número de Municipios	29

Diagnóstico Socio-Antropológico



Mapa No. 5 Estado de Táchira

Tomado de: <http://www.tachira.gov.ve/tachira/mapas/mapa1.html>

Indicadores demográficos

Tabla No. 17 Población y vivienda para Táchira

Municipio	Población						Viviendas	
	Censo 2001		Censo 1990		Crecimi ento	Crecimi ento	Total	%
	Total	%	Total	%				
Total	992.669	100,0	807.712	100,0	1,9	22,9	272.880	100,0
Andrés Bello	16.474	1,7	12.023	1,5	2,9	37,0	4.749	1,7
Antonio Rómulo Costa	7.110	0,7	5.465	0,7	2,4	30,1	1.995	0,7
Ayacucho	48.982	4,9	41.404	5,1	1,5	18,3	13.811	5,1
Bolívar	48.171	4,9	39.752	4,9	1,8	21,2	12.932	4,7
Cárdenas	94.178	9,5	61.518	7,6	3,9	53,1	26.645	9,8
Córdoba	26.475	2,7	21.579	2,7	1,9	22,7	7.012	2,6
Fernández Feo	34.176	3,4	24.405	3,0	3,1	40,0	9.929	3,6
Francisco de Miranda	3.632	0,4	3.622	0,4	0,0	0,3	1.191	0,4
García de Hevia	41.863	4,2	31.441	3,9	2,6	33,1	10.692	3,9
Guásimos	32.545	3,3	19.998	2,5	4,5	62,7	8.918	3,3
Independencia	29.760	3,0	20.248	2,5	3,6	47,0	8.447	3,1
Jáuregui	36.660	3,7	28.106	3,5	2,4	30,4	10.462	3,9
José María vargas	8.038	0,8	7.649	0,9	0,5	5,1	2.438	0,9
Junín	68.869	6,9	53.981	6,7	2,2	27,6	18.510	6,8
Libertad	23.670	2,4	18.655	2,3	2,2	26,9	6.810	2,5
Libertador	17.744	1,8	16.711	2,1	0,5	6,2	5.028	1,8
Lobatera	10.427	1,1	10.459	1,3	0,0	-0,3	3.649	1,3

Diagnóstico Socio-Antropológico

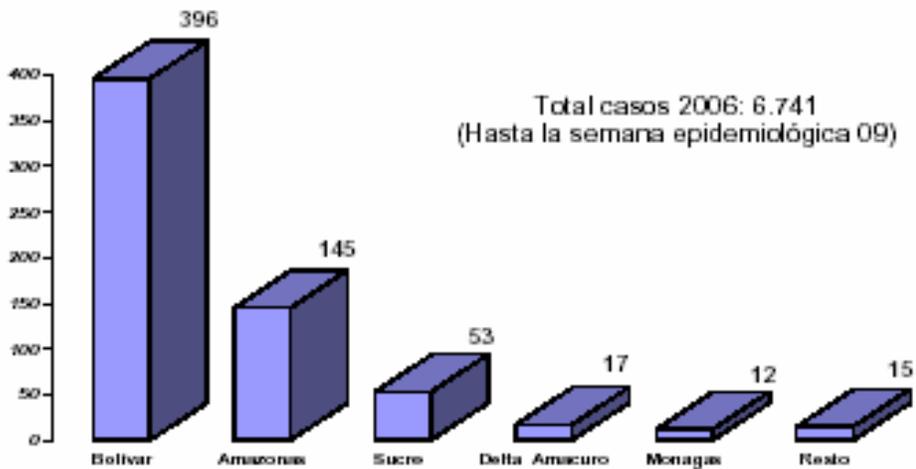
Michelena	16.269	1,6	13.067	1,6	2,0	24,5	5.378	2,0
Panamericano	29.594	3,0	24.724	3,1	1,6	19,7	7.199	2,6
Pedro María Ureña	37.392	3,8	25.458	3,2	3,5	46,9	10.435	3,8
Rafael Urdaneta	6.239	0,6	6.197	0,8	0,1	0,7	1.903	0,7
Samuel Darío Maldonado	13.847	1,4	12.795	1,6	0,7	8,2	3.828	1,4
San Cristóbal	250.307	25,1	235.753	29,2	0,5	6,2	66.754	24,6
Seboruco	9.064	0,9	8.357	1,0	0,7	8,5	2.541	0,9
Simón Rodríguez	2.181	0,2	2.645	0,3	-1,7	-17,5	703	0,3
Sucre	8.189	0,8	11.546	1,4	-3,1	-29,1	2.652	1,0
Torbes	42.192	4,3	21.646	2,7	6,2	94,9	10.553	3,9
Uribante	21.820	2,2	21.754	2,7	0,0	0,3	6.102	2,2
San Judas Tadeo	6.801	0,7	6.754	0,8	0,1	0,7	1.614	0,6

Indicadores Servicios de salud

- Barrio Adentro
- Servicio de Endemias Rurales Regional de Malariología
- Ambulatorios rurales
- Ambulatorios urbanos
- Hospitales I, II y IV, ubicados de acuerdo a la densidad demográfica del Táchira y agrupados en nueve (09) Distritos Sanitarios, prestando servicios en emergencia, consulta externa, cirugía y diagnóstico en áreas programáticas como medicina familiar; gineco-obstetricia; medicina interna; oncología; pediatría, etc., en lo que atiende a toda la población.

Diagnóstico Socio-Antropológico
Indicadores sobre malaria¹⁰

Gráfica 2. Estados con mayor número de casos de malaria.



¹⁰ Dentro de los indicadores de las fuentes oficiales, Táchira no representa un problema para malaria, por eso mismo se toman dos estadísticas nacionales

Diagnóstico Socio-Antropológico

Tabla 18 Casos de malaria por entidades federales SE 51-09

Entidades Federales	SEMANAS EPIDEMIOLOGICAS										
	51	52	01	02	03	04	05	06	07	08	09
Distrito Capital	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Amazonas	1	247	39	4	199	273	188	173	198	165	145
Anzoátegui	1	3	13	3	10	1	0	0	4	4	4
Apure	0	0	3	2	0	1	5	2	0	0	1
Aragua	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Barinas	0	0	0	3	2	1	0	1	0	0	4
Bolívar	320	293	478	595	545	512	351	428	498	394	396
Carabobo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cojedes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Delta Amacuro	30	39	5	35	36	33	13	27	27	26	17
Falcón	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guárico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lara	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mérida	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Miranda	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Monagas	22	3	10	12	17	16	39	15	0	24	12
Nueva Esparta	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Portuguesa	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
Sucre	48	37	43	57	57	104	91	105	82	75	53
Táchira	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0
Trujillo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vargas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Yaracuy	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zulia	6	0	1	12	7	2	16	7	2	5	6
Venezuela	428	622	592	723	875	943	704	760	812	694	638

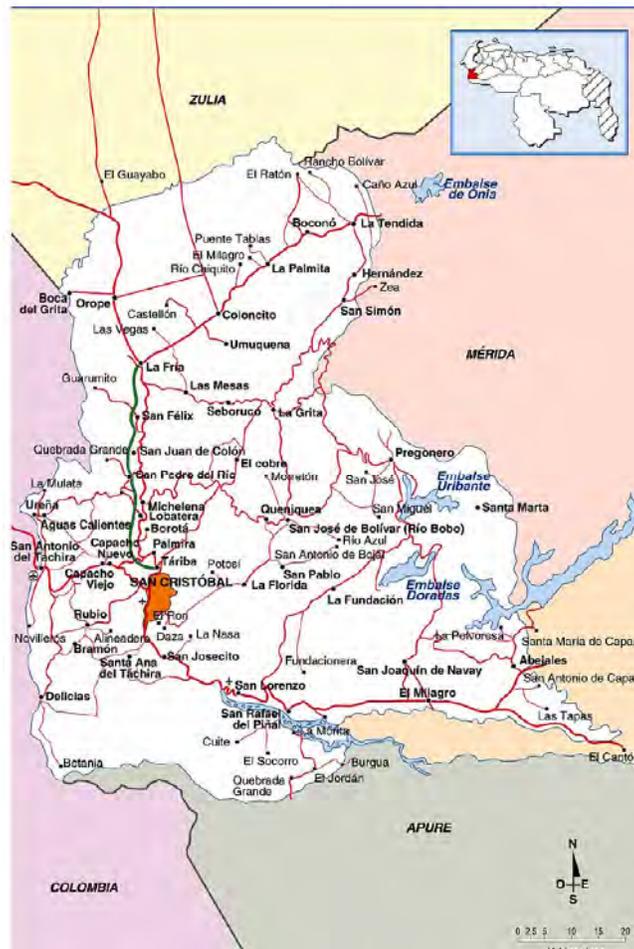
Fuente: Boletín Epidemiológico Semanal. Semana epidemiológica No 9. Periodo del 6 de febrero al 4 de marzo 2006

Economías locales

Tabla No.19 Economías locales Táchira

Sector	Actividad	Productos/ Servicios
Primario	Agricultura Ganadería	Ajo, caña de azúcar, café, cebolla, papa, plátano y tomate. Cría de bovinos para carne y leche
Secundario	Industria	Industria alimenticia, textiles, destilerías, materiales de construcción.
Terciario	Comercio legal e ilegal Turismo	

Sistema de transporte



Mapa 6. Malla vial Estado de Táchira
 Fuente: www.a-venezuela.com



Diagnóstico Socio-Antropológico



Sistema educativo:

Tabla No. 20. Indicadores de educación.

Tasa de analfabetismo	6.9% (10 años en adelante)
Asistencia escolar	69% (7 a 24 años)
Fuente: esquema de contenido Dossier de las entidades federales, Estado de Táchira.	

2. DINÁMICAS SOCIALES ZONA HOMOGÉNEA DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER-ESTADO DE TACHIRA

La zona homogénea Norte de Santander – Táchira presenta dinámicas sociales particulares que permiten la reproducción social de la endemidad de la malaria en la zona. Dentro de la zona homogénea se identificó el municipio de Tibú como un lugar central para entender los procesos sociales que sostienen los procesos de salud y enfermedad relacionados con malaria. Dentro de los municipios que comprenden la zona homogénea este es el único categorizado como un lugar de alto riesgo, lo que necesariamente obliga a pensar en las relaciones sociales que se establecen allí y su importancia para entender las lógicas que atraviesan o contienen la enfermedad.

Considerando lo anterior es importante tener en cuenta que una de las características fundamentales para esta zona es el alto grado de movilidad geográfica, lo que se expresa en una frontera viva, siendo esta la primera dinámica social que se presentará a continuación.



Diagnóstico Socio-Antropológico



Dinámicas sociales de frontera viva

La zona homogénea estudiada se caracteriza por presentar características que permiten pensar en ella como frontera viva, en ese sentido se identificaron diversos aspectos que manifiestan un uso del territorio que sobrepasa las divisiones políticas. El primer aspecto para tener en cuenta como dinámica social de frontera viva, está relacionado con los fuertes vínculos de comercio entre ambas regiones lo que se traducen en un alto grado de movilidad geográfica por parte de la población, siendo la ruta que une San Antonio de Táchira con Cúcuta uno de los trayectos más concurridos, sobretodo si se tiene en consideración que desde la región colombiana Cúcuta es la capital departamental así como la ciudad fronteriza más importante del departamento pues es de las pocos lugares de la región que cuenta con una malla vial que permita un flujo vehicular permanente así como las garantías de orden público necesarias para llevar a cabo actividades comerciales. De igual forma es un lugar de paso necesario para estar en contacto con otros destinos tanto en la región colombiana como venezolana.

Considerando que el comercio es una característica fundamental para entender la zona homogénea como frontera viva, es importante resaltar el papel de comercio ilegal, el cual está presente a lo largo de la frontera colombo-venezolana. En este sentido es importante tener presente el contrabando de alimentos, drogas y armas como una actividad fundamental en las economías locales. Aunque la frontera presenta diversos puestos de control de aduanas y de población, las personas construyen continuamente estrategias para sobrepasarlos. De esta manera pensar la frontera, implica considerar prácticas sociales conocidas desde lo cotidiano pero funcionalmente invisibilizadas pues no pertenecen a la esfera de lo legal y en esa medida de lo público.



Diagnóstico Socio-Antropológico



Bajo las prácticas de comercio legal e ilegal es de resaltar la venta de gasolina como uno de los aspectos de mayor importancia para entender las lógicas de movilidad geográfica propias de la zona. En un contexto legal es posible encontrar que las personas se desplazan al menos una vez a la semana para tranquear sus carros en territorio venezolano, de igual forma es posible identificar prácticas no legales en las que se transporta gasolina que luego ser vendida en Colombia de manera informal. La gasolina al ser un producto supremamente económico en Venezuela con relación a Colombia, se constituye en un elemento que motiva el flujo constante de personas en la frontera.

Aunque los vínculos comerciales son elementos que hacen de la zona una frontera viva, existen otros aspectos que deben ser tenidos en cuenta, entre ellos se encuentra la doble ciudadanía. Tener doble cédula es una práctica frecuente en la zona lo que tiene un impacto en que las personas tengan acceso a los servicios de salud, educación y créditos de inversión en ambas regiones. Tener doble cédula es una condición deseable y es usual encontrar que la población se autodenomine como binacional: “yo no soy colombiano ni venezolano soy binacional” (Entrevista comunidad 4 Cúcuta, 2006).

La estrecha relación colombo-venezolana se manifiesta en una frontera en la que las divisiones políticas no se presentan como inconveniente para el paso de un lado a otro, las actividades económicas de esta forma se han consolidado en estrechos vínculos entre regiones en los que los que la movilidad de un lado a otro es permanente, aunque el paso de Cúcuta- San Antonio de Táchira es el ejemplo que pone en mayor evidencia esta dinámica, las características de frontera viva se extiendan también a pasos fronterizos mas pequeños como el de Puerto Santander - Boca del Grita, en el que caminando un corto trayecto se puede pasar la frontera, lo que ha facilitado la apropiación y uso de ambos territorios de tal forma que la frontera no constituye un elemento divisor.



Diagnóstico Socio-Antropológico

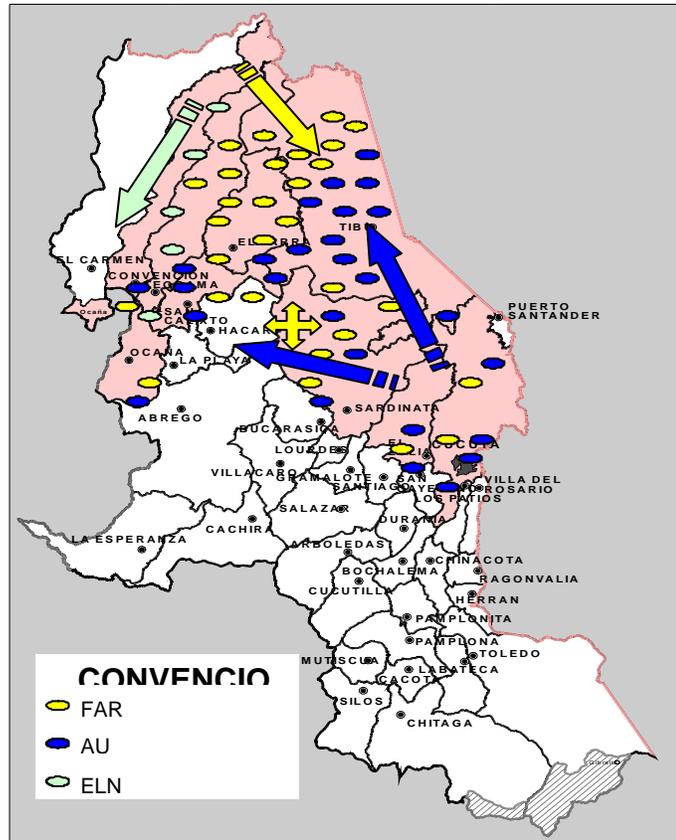


Dinámicas sociales relacionadas con el conflicto armado

Unida a la característica de ser una frontera viva, la zona homogénea presenta como una de sus dinámicas sociales el conflicto armado el cual tiene un impacto en las lógicas de movilidad geográfica de la población así como en el acceso y uso de servicios de salud. El conflicto armado es quizá uno de los fenómenos que tiene mayor importancia para entender los procesos sociales relacionados con la salud y la enfermedad sobretodo porque está directamente relacionado con la endemividad de la malaria, sobretodo considerando que en Tibú coincide el fenómeno del conflicto armado de manera paralela a la prevalencia de la enfermedad.

Es de aclarar que el conflicto armado está ubicado en el región de Norte de Santander, es en esa medida que es importante tener en cuenta algunas características del departamento que permiten dar cuanta del contexto en el que se sitúan los problemas relacionados con el conflicto. Norte de Santander se caracteriza por ser una de las regiones más pobres de Colombia, de acuerdo al criterio de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) con un índice de 41.8% para el 2003, menor en diez puntos porcentuales al promedio del resto departamentos del país (52.1%) (CEDE 2006) . De igual forma es un departamento caracterizado por la presencia de grupos armados ilegales concentrándose en la región del Catatumbo, ubicada en el norte del departamento y compuesta por ocho municipios: Convención, El Tarra, Hacarí, San Calixto, Sardinata, Teorema Ocaña y Tibú, siendo estos dos últimos los que concentran mayor población. Unido a la presencia del conflicto armado, se encuentra la siembra de cultivos ilícitos que según el censo de cultivos ilícitos de las Naciones Unidas del 2006, corresponde a 844 hectáreas cultivadas, concentradas en el municipio Tibú en más del 50% (Naciones Unidas 2005).

Diagnóstico Socio-Antropológico



Mapa No. 7 Ubicación grupos armados Norte de Santander

Fuente: Gobernación Norte de Santander, Cúcuta 2006

El fenómeno del conflicto armado, los cultivos ilícitos y la pobreza están directamente relacionados con fuertes dinámicas de recepción y expulsión de población “de acuerdo al Sistema Único de Registro – SUR que maneja la Consejería Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional, más de 56 mil personas has sido desplazadas del departamento y alrededor de 62 mil han sido recibidas” (Naciones Unidas 2006: 5). De igual manera por compartir una larga frontera con Venezuela, las dinámicas de desplazamiento se extienden hacia municipios de ambos países, hasta diciembre de 2004, la oficina de ACNUR en San Cristóbal, Venezuela reportaba un total de 2,669 colombianos refugiados en Venezuela mientras que 3,753 personas buscaban asilo (Naciones Unidas 2006).



Diagnóstico Socio-Antropológico



Aun cuando el conflicto armado puede ser ubicado geográficamente este tiene un impacto directo en la movilidad geográfica de la población, dentro de la que se puede ubicar una movilidad propia de los grupos armados así como aquella en la que la población civil es desplazada de manera forzada. En este sentido es importante tener en cuenta que la constante movilización de personas en la zona homogénea bajo una situación de conflicto y pobreza, plantea dificultades a las acciones de salud pública relacionadas con la promoción y prevención así como de vigilancia y control.

Teniendo en cuenta el contexto social descrito y a partir de las entrevistas en el trabajo de campo con funcionarios relacionados con la salud que han trabajado o trabajan en Tibú así como de las entrevistas hechas en Puerto Santander (Colombia), se hizo evidente cómo el conflicto armado y los continuos ataques a la población civil tienen un impacto directo en otro tipo de dinámicas sociales, relacionadas con los niveles de participación y organización comunitaria así como de redes sociales de apoyo, las cuales son difícilmente sostenibles y sólidas. En general la población se siente vigilada, con miedo y con pocas libertades para organizarse de manera pública y colectiva. Aunque es posible encontrar líderes comunitarios, las personas entrevistadas insistieron en la dificultad de organizarse en lo colectivo, pues esto requiere ciertos compromisos que además de no representar un beneficio material o económico, pues son voluntarios, implican perder el anonimato, siendo esta una condición altamente valorada por la población dentro del contexto del conflicto, pues está asociada a seguridad y bienestar. La participación y redes sociales son débiles, lo que dificulta el empoderamiento local frente a los problemas de salud.



Diagnóstico Socio-Antropológico



Dinámicas sociales relacionadas con la salud:

Servicios de salud acceso y uso:

En general para la zona homogénea se puede afirmar que la cobertura en servicios de salud está atravesada por el conflicto armado y el desplazamiento forzado, sobretodo el municipio de Tibú en el que el difícil acceso por las condiciones de orden público, limita las acciones de salud pública como vacunación, llegada y permanencia de personal calificado y atención a emergencias, entre muchas otras que incluyen estrategias de control y vigilancia como fumigación, abatización y rociamiento. La falta de documentos oficiales por parte de la población desplazada y ubicada en Venezuela, es también un limitante para hacer uso de los servicios de salud.

Los servicios de salud, teniendo en consideración hospitales y puestos de salud, sobretodo aquellos ubicados en el área rural, son lugares congestionados, en los que la demanda sobrepasa las capacidades tanto de recurso humano como de infraestructura y recursos. Es bajo estas condiciones que el promotor de salud se convierte en un actor social importante de consulta, sobretodo en aquellas situaciones en las que se evita hacer uso de los servicios de salud. El promotor de salud se ha consolidado en la zona homogénea como actor social reconocido por la comunidad, por ser un miembro de la comunidad y por las actividades propias de su trabajo, se consolida como un intermediario entre la población y el sector oficial.

Considerando la presencia de una zona endémica para malaria en la que es particularmente importante Tibú así como las características de la zona homogénea presentadas anteriormente se hace particularmente útil caracterizar la situación de un puesto de salud ubicado en Puerto Santander siendo este un municipio fronterizo que además limita con Tibú, que además sirve como ejemplo de la situación de los servicios de salud en la zona homogénea. La caracterización y aspectos particulares serán presentados en la tabla a continuación.

Tabla No. 21. Características puesto de salud Puerto Santander

<p>Recursos puesto de salud Puerto Santander</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recurso humano: Cuenta con dos médicos rurales, una bacterióloga, dos enfermeras y 6 promotores de salud. • Infraestructura: Un laboratorio que cumple con lo necesario para dar atención primaria, consultorios médicos, una pequeña recepción. Puerto Santander no cuenta con un sistema efectivo de recolección de basuras, por eso mismo el puesto de salud tiene dificultades con el manejo de residuos biológicos/hospitalarios. • Pocos recursos económicos para el pago de personal así como de los servicios del puesto de salud.
<p>Nivel de ocupación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se atienden en promedio 120 personas diarias por médico. • El proceso para que los pacientes sean atendidos es extenso y requiere de varios trámites, haciendo del lugar un espacio congestionado. Primero el paciente debe hacer una extensa fila para pedir una cita, después esperar el día de la cita, además de esto hay que incluir que la esta debe ser cancelada, lo que implica otro trámite. Una vez se lleva a cabo la cita médica, debe dedicarse otro tiempo a la búsqueda de medicamentos, si es que este es necesario.

Diagnóstico Socio-Antropológico

	Debido a las condiciones del lugar muchos pacientes intentan ingresar por emergencias, lo que congestiona aun más el lugar.
Población atendida	<ul style="list-style-type: none"> • Concentran la atención de la población de Puerto Santander y veredas aledañas. Dentro de la población que atiende también se encuentran pacientes de Boca del Grita (García de Hevia, Venezuela), sin embargo es de aclarar que para este caso no se tiene en cuenta si los pacientes son venezolanos o colombianos, pues debido a características de frontera viva, es una población que comparte y hace uso de ambos territorios: “pueden dormir en Boca del Grita y trabajar en Puerto Santander” (Entrevista, sector oficial 21, Puerto Santander 2006). • Dentro de la población atendida se encuentran pacientes vinculados al conflicto armado, sin embargo debe ponerse en consideración que es un población que por su situación legal prefiere hacer uso de servicios privados, en este caso en particular se reportó la existencia de un consultorio privado.

Por último, respecto a los servicios de salud es de resaltar el caso particular de la región Táchira, en la que se está implementando la misión Barrio Adentro, programa que se lleva a cabo a nivel nacional. Bajo esta iniciativa se ha buscado implementar una red de atención primaria (Barrio Adentro 1), consultorios y clínicas populares (Barrio Adentro 2) y hospitales del pueblo (Barrio Adentro 3), de tal forma que la salud pueda ser garantizada a la mayoría e la población. Al interior de la población es posible encontrar varias posiciones con relación a este nuevo modelo de atención en salud; aunque es generalizada una actitud positiva alrededor de la idea de que sea un servicio gratuito y que sea cercano a las comunidades, también ha causado controversia la idea de traer médicos desde Cuba para atender en el programa. En las entrevistas realizadas sobretodo del sector oficial se hizo presente un continuo cuestionamiento respecto a la formación y capacidades de los médicos cubanos, aunque la percepción social de este es un tema por explorar, se identificó que son percibidos como personas poco preparadas y en esa



Diagnóstico Socio-Antropológico



medida son señaladas como un otro extranjero con el que no se quiere ser comparado, sobretodo por parte de aquellos que trabajan en el sector salud y que son de nacionalidad venezolana. Aunque Barrio Adentro hace parte de los servicios de salud, para el caso concreto de este estudio no se presentó como un lugar que se frecuentara para consultas sobre malaria, para esto la población prefiere tener acudir a malariología, que es la entidad encargada de endemias rurales en Venezuela, o a los centros de salud más cercanos que estén en condición de tomar la prueba.

Finalmente en cuanto a los servicios de salud relacionados con las enfermedades transmitidas por vector, se identificó la presencia de dos entidades, para Norte de Santander se encuentra la oficina de Enfermedades Transmitidas por Vector (conocida por la población como ETV o Malaria) así como su homólogo en el estado de Táchira, Malariología. Ambos equipos están encargados de las actividades de control y vigilancia, de igual manera tienen dentro de sus funciones el diagnóstico y entrega de tratamiento para enfermedades como malaria.

La dirección de ambas instituciones están localizadas en las capitales, en este caso San Cristobal para Táchira y Cúcuta para Norte de Santander. Aunque ambas instituciones cuentan con puestos de atención en otros municipio es una observación generalizada que no son suficientes para atender los niveles de demanda sobretodo por problemas relacionados con las distancias y los desplazamientos de los funcionarios, los pacientes o de las muestras cuando deben ser enviadas al laboratorio más cercano. Un ejemplo de esto puede ser el envío de las pruebas de gota gruesa desde Boca del Grita hasta La Fría, capital del municipio García de Hevia, el cual puede demorarse varios días, cuando llega al laboratorio es posible que la lámina esté rota o que no se hayan tomado las precauciones necesarias en términos de bioseguridad, siendo este ejemplo de algo frecuente para la zona homogénea.



Diagnóstico Socio-Antropológico



Con relación a las entidades mencionadas (ETV y Malariología) es importante recalcar que son instituciones reconocidas por la población como el lugar encargado de tomar la prueba y dar el tratamiento y en lo posible se trata de acudir a ellos antes que a otro proveedor de salud para tomarse el examen de gota gruesa. Tanto ETV como Malariología cuentan con legitimidad social a nivel comunitario y oficial, lo que está directamente relacionado con su trayectoria histórica en la zona. En cuanto a las diferencias encontradas entre ambas entidades es de resaltar que Malariología cuenta con mayores recursos en comparación con ETV, esto en términos número de funcionarios así como de equipos de fumigación o carros para transportarse. Por otro lado hay que tener en cuenta que como regiones, Norte de Santander y Táchira no comparten la difícil situación de orden público colombiana, lo que facilita que las actividades de Malariología se lleven a cabo, en particular aquellas relacionadas con la fumigación y rociamiento, las cuales pueden hacerse con la frecuencia necesaria para ser considerada una actividad de control.

Teniendo en cuenta que es en la región colombiana donde están registrados casos de malaria así como la presencia del municipio de Tibú, que como se ha planteado como un lugar de particular interés por las dinámicas sociales que contiene, es que a continuación se hace relevante darle una mayor atención a la oficina de ETV en cuanto a sus características y funcionamiento. Esto con la intención de dar cuenta de algunos aspectos que permiten entender desde el sector oficial, el contexto y las condiciones bajo las que se trabaja.

Tabla No. 22 Características ETV Norte de Santander

<p>Recursos con los que se cuenta y funcionamiento</p>	<p>Se cuenta con una sede en Cúcuta desde donde se coordinan las actividades para el departamento, se lleva a cabo el trabajo estadístico y de registro epidemiológico así como de laboratorio que incluyen la lectura de pruebas y el control de calidad de pruebas de otros municipios, incluido Tibú. En esta oficina también se diagnostica y se brinda tratamientos para malaria y otras enfermedades.</p> <p>Por otro lado tienen puestos de malaria distribuidos en el departamento; para la zona de interés se puede ubicar uno a la entrada de Tibú en donde se encuentra un microscopista que toma, lee y entrega el tratamiento. También existe un microscopista ubicado en el corregimiento de la Gabarra (Tibú), este último es un promotor de salud contratado por la alcaldía que registra los casos de malaria con ETV a través del puesto de Tibú, donde llegan todos los reportes de la región del Catatumbo, para luego ser enviados a Cúcuta.</p>
<p>Percepción del trabajo de ETV por parte de los funcionarios del sector oficial.</p>	<p>Los funcionarios de ETV tienen fuertes vínculos laborales; es un equipo sólido con gran trayectoria de tiempo trabajando juntos, en promedio más de 10 años. En general percibe su labor como una actividad importante y necesaria, aunque afirman que las dificultades de su trabajo en realidad no tiene que ver con su compromiso, sino con otros aspectos que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de recurso humano - Es difícil la llegada y permanencia de personal en territorio con problemas de orden público. - Gran parte del personal como de los materiales para llevar a cabo acciones de control y vigilancia

Diagnóstico Socio-Antropológico

	<p>así como de prevención y promoción, está centralizado en la sede de Cúcuta. Teniendo en cuenta esto y agregando variables como las distancias y el estado de la malla vías (en cuanto a infraestructura como de orden público), se hace explícito que no se cuenta con recursos suficientes para garantizar los desplazamientos de los funcionarios. No siempre se dispone de un carro ni de gasolina, tampoco se le puede garantizar a los funcionarios viáticos para alimentación cuando se trata de recorridos largos.</p>
<p>Percepción del trabajo de ETV por parte de la población.</p>	<p>La entidad, así como los funcionarios son reconocidos por parte de la comunidad como personas responsables, comprometidas y serviciales. Los funcionarios suelen ser los mismos de hace varios años lo que agrega un componente importante y es que ya han hecho lazos de amistad con la población y no son agentes extraños, lo que es de vital importancia en lugares con problemas de orden público, pues esto les facilita su entrada.</p> <p>Por llegar a lugares de difícil acceso la población los asocia con "héroes": "es que ni la cruz roja ni el ejército llegan donde ellos llegan" (entrevista 26, Cúcuta 2006)</p>



Diagnóstico Socio-Antropológico



Trabajo binacional en salud:

Bajo el contexto de frontera viva es posible encontrar en marcha proyectos desde lo oficial que contemplan el trabajo en equipo por parte de ambos países. Los funcionarios de ETV (Colombia) y Malariología (Venezuela) se conocen desde hace varios años y en ocasiones han llevado actividades de control.

Por otro lado, desde las relaciones del sector oficial también es posible encontrarse con iniciativas planeadas desde el Ministerio de Salud del Gobierno Bolivariano de Venezuela, el Ministerio de Protección Social, el Instituto Nacional de Salud (Colombia) y el Instituto Departamental de salud de Norte de Santander, como fue el “Taller de Fortalecimiento de la Vigilancia e investigación Epidemiológica de los Síndromes febriles Icterohemorrágicos en la Frontera Colombo-Venezolana” realizado en Cúcuta del 6 al 9 de junio. Este taller tuvo como objetivo el fortalecimiento de los sistemas de información; la vigilancia y notificación de casos; análisis de experiencias exitosas y la homologación de procesos relacionados con síndromes febriles icthohemorrágicos. El taller contó con la participación de grupos de trabajo de Venezuela y Colombia, que incluían funcionarios de los puestos de salud y hospitales como promotores, enfermeras, médicos; así como de aquellos encargados del control de vectores de ambos países.



Encuentro Binacional de Salud

Programas de promoción y prevención

Dentro de los programas de prevención y promoción hay varias líneas de acción prioritarias, entre ellas las relacionadas con IRA y EDA así como con salud materno-infantil. Las jornadas de vacunación y programas de nutrición son igualmente relevantes en la zona homogénea.

Con respecto a las enfermedades transmitidas por vector existen programas de promoción y prevención desde la ETV y desde Malariología en las que se busca la participación y la movilización social, sin embargo estos esfuerzos están concentrados en dengue, siendo esta una de las enfermedades transmitidas por vector prioritarias.



Diagnóstico Socio-Antropológico



En ambas regiones se ha trabajado con cartillas y afiches como estrategias de comunicación en salud, a través de estas normalmente están divididas en dos componentes uno relacionado con medidas preventivas y un segundo en el que tocan temas como sintomatología e información sobre lo que se debe hacer. La difusión y uso de este tipo de estrategias es limitado, sobretodo de aquellos en los que se habla de malaria. En cuanto a la efectividad de estas medidas se planteó que el uso de material de este tipo no era útil porque era lejano a la población, por eso mismo debían ser entregados a líderes comunitarios para que a través de ellos se socializara la información. De igual forma se planteo que los afiches y cartillas eran muy “fríos”, por eso mismo “las personas prefieren que los funcionarios vayan pues sienten calor humano, sienten que alguien se preocupa por ellos” (Entrevista 3, Cúcuta 2006). En este sentido es relevante resaltar que los mismos funcionarios de la ETV y en Táchira de Malariología son los encargados de actividades de control y vigilancia y así como de dar charlas educativas y divulgativas. De esta forma cada vez que hacen visitas a las comunidades tratan no sólo de hacer el control biológico o químico sino de hablar con la población; es sobretodo a través de lo oral y a través de los funcionarios como se difunde información preventiva.

Dinámicas sociales y malaria

Teniendo en cuenta los índices de malaria para el departamento de Norte de Santander unido los aspectos fronterizos relevantes para el proyecto, se hace particularmente importante tener presentes 3 municipios que a través del trabajo de campo se identificaron como lugares relevantes para entender el problema de la malaria en la zona. Estos corresponden de norte a sur al municipio de Tibú, Puerto Santander y Cúcuta. Las características asociadas a los municipios así como los criterios que hacen de ellos lugares particularmente relevantes se mostrarán en la tabla a continuación.



Diagnóstico Socio-Antropológico



Aunque los tres municipios mencionados de manera explícita en la primera columna pertenecen a la región de Norte de Santander, es de aclarar que los municipios del estado de Táchira se tienen en cuenta considerando que sobretodo tienen relación con la zona endémica colombiana por motivos de movilización geográfica de la población, ya sea por desplazamiento armado o una movilidad mediada por las relaciones de comercio legales e ilegales. Vale la pena tener en cuenta que Táchira como estado no figura dentro de los registros oficiales como zona de riesgo, sin embargo si se tienen en cuenta las dinámicas sociales de la zona homogénea, ligadas a la constante movilidad geográfica de población es una región que requiere de atención. En esta medida se tienen en cuenta el municipio García de Hevia limitando con Puerto Santander así como el municipio Bolívar por limitar con Cúcuta y ser lugares de paso importantes por sus condiciones de frontera viva.

Tabla No.23 Relación entre dinámicas sociales y malaria *características de zonas fronterizas*

Municipio	Características	Relación entre dinámicas sociales por municipio y la malaria
Tibú. Población 40,182. Clima tropical húmedo, 300. Altitud 75 msnm	<ul style="list-style-type: none"> Zona de <i>alto riesgo</i> para malaria 	<ul style="list-style-type: none"> Los continuos desplazamientos de esta área endémica, ponen en riesgo otras poblaciones y dificultan el control y vigilancia de la enfermedad. Por otro lado, las condiciones de orden público y el difícil acceso dificultan las acciones de salud pública y servicios de salud, entre ellos el de control de vectores. Esta zona debido a su perfil, organización social, dinámicas y cultura tiene un gran impacto en Zulia, Táchira, Guajira y Cesar. Ella es en pocas palabras central para entender la prevaencia e incidencia de la malaria en la zona homogénea estudiada.
	<ul style="list-style-type: none"> <i>Conflicto armado:</i> presencia grupos armados (AUC y las FARC) en permanente enfrentamiento, presencia de minas antipersonales, continuos ataques y amenazas a población civil. 	
	<ul style="list-style-type: none"> <i>Desplazamiento:</i> Puesto décimo en el país dentro del municipios expulsores de población, ocupa el puesto 132 en población recibida 	
	<ul style="list-style-type: none"> Zona marginada por problemas de acceso en términos de malla vial y de orden público 	
	<ul style="list-style-type: none"> <i>Cultivos ilícitos:</i> alta concentración de hectáreas con cultivos de coca 	
	<ul style="list-style-type: none"> Explotación de petróleo 	
Puerto Santander. Población 16,166 Clima cálido. Altitud 100 msnm	<ul style="list-style-type: none"> Zona de mediano Riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> Aunque es una zona de mediano riesgo para malaria, es importante considerar que es un lugar de tránsito para población desplazada y de entrada al territorio venezolano.
	<ul style="list-style-type: none"> Presencia de Grupos Armados 	
	<ul style="list-style-type: none"> Municipio característicamente <i>rural</i> 	

Diagnóstico Socio-Antropológico

	<ul style="list-style-type: none"> • Presta <i>servicios de salud</i> a zonas aledañas, en las que se incluye actores del conflicto armado 	<ul style="list-style-type: none"> • En este sentido aunque es una zona de mediano riesgo, hay que tener en cuenta que muchos casos pasan inadvertidos, posible subregistro.
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Frontera viva:</i> Limita con Tibú al norte y con Cúcuta al sur, así como directamente con Boca del Grita del municipio de García de Hevia (Venezuela) a través del puente que atraviesa el río Grita. 	<ul style="list-style-type: none"> • De igual forma cabe agregar que es un lugar que recibe casos de malaria para diagnóstico y tratamiento, aun cuando no son propios del municipio. • Comparte frontera con el municipio García de Hevia que presenta casos de malaria, información no registrada desde los reportes oficiales como fue comunicado por un funcionario de La Fría (Capital de García de Hevia) (entrevista sector oficial 31, Cúcuta 2006)
<p>Cúcuta. Población 742,689 Temperatura 28 Altura 320 msnm</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zona de <i>mediano Riesgo</i> 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Como municipio y capital del departamento recibe gran población desplazada. 	
		<ul style="list-style-type: none"> • Aunque es un contexto urbano y la malaria se caracteriza como endemia rural, Cúcuta recibe pacientes con malaria no sólo por factores de desplazamiento forzado, sino porque allí se encuentra la cede de ETV, lugar que muchas personas enfermas encuentran confiable, lo que hace que prefieran viajar hasta allí para recibir asistencia. • La oficina de ETV de Cúcuta es un lugar históricamente establecido como un lugar eficiente y amable, goza de legitimidad social por parte de la comunidad como al interior del

- Allí se encuentra la *cede principal de ETV*, así como el laboratorio que hace control de calidad de las muestras de los puestos de salud. De igual forma



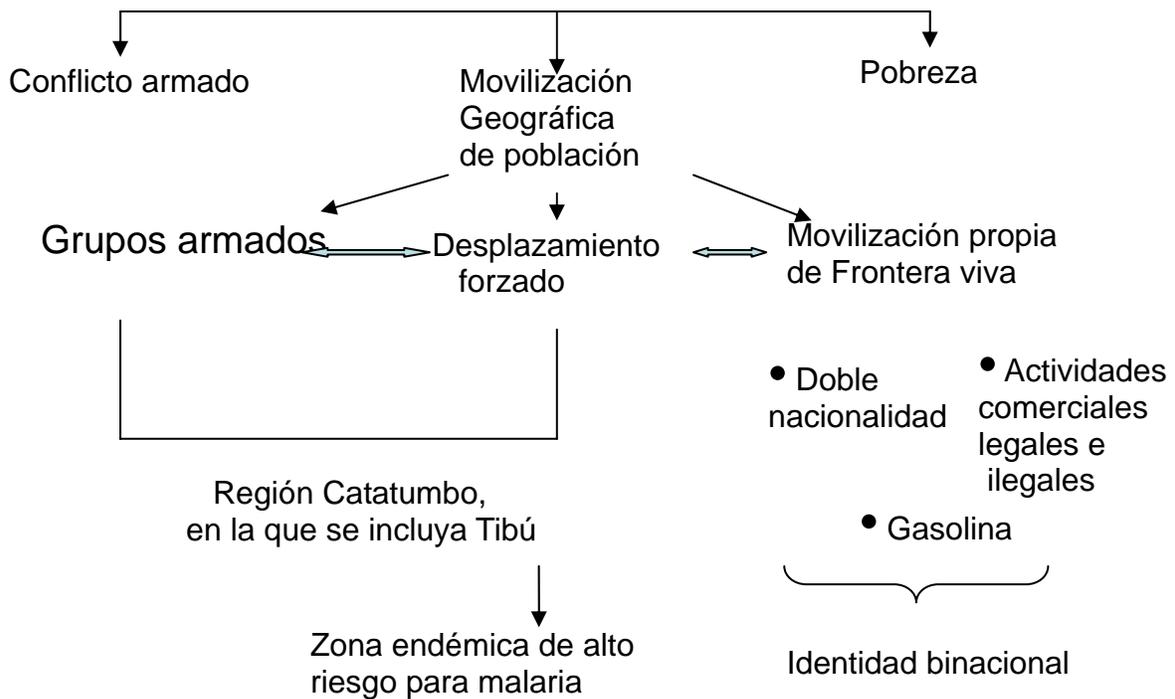
Diagnóstico Socio-Antropológico

	<p>otras zonas que viajan hasta la ciudad para tomarse la prueba de gota gruesa y recibir tratamiento</p>	<p>sector oficial.</p>
	<ul style="list-style-type: none">• <i>Frontera viva:</i> Cúcuta es la ciudad fronteriza más importante del departamento, comunicándose a través del puente Simón Bolívar con San Antonio de Táchira	



Centro de la ciudad de Cúcuta

Dinámicas Sociales





MAPA CONCEPTUAL DINÁMICAS SOCIALES
ZONA HOMOGÉNEA DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER-ESTADO TACHIRA

3 CULTURA DE LA SALUD ZONA HOMOGÉNEA
DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER-ESTADO DE TÁCHIRA

Representaciones sociales de salud y enfermedad

La representación social de la salud y la enfermedad en las poblaciones visitadas está asociada con las actividades diarias, en gran medida con aquellas vinculadas con lo laboral. La enfermedad es comunicada a los proveedores de salud sobretodo cuando impide el ser productivo, puede que se sepa que se está enfermo y/o que el individuo se sienta enfermo, sin embargo el buscar ayuda no es una actividad privilegiada mientras se pueda manejar el malestar o dolor, en este sentido tiene un valor prioritario la idea de salir a trabajar. Considerando las condiciones de pobreza y necesidades básicas insatisfechas de la zona, es importante resaltar que gran parte de la población debe suplir prioridades inmediatas como la alimentación y vivienda, es en este sentido que la orientación temporal suele estar anclada en el presente, lo que tiene un impacto en la posibilidad de pensar en prácticas de prevención y autocuidado a largo plazo que muchas veces no son consideradas por la población como una prioridad sentida.

Además del malestar y de la preocupación que implica la enfermedad en si misma, enfermarse está asociado a trámites burocráticos que requieren de un día como mínimo para hacer uso de los servicios de salud (hacer largas filas para pedir citas, esperar la cita, conseguir el tratamiento). Al requerir de un lapso de tiempo largo, visitar el puesto de salud o el hospital implica la perdida de un día laboral y en esa medida implica una pérdida económica.



Diagnóstico Socio-Antropológico



Estar enfermo pero sobretodo tener que ir al médico está asociado con procesos largos, debilitantes y poco ágiles, lo que dificulta no sólo que las personas consulten por su estado de salud, sino que además tengan adherencia a los tratamientos y a su control, de igual forma tiene un impacto directo en prácticas de automedicación y autodiagnóstico. Cabe agregar que aunque es posible encontrar otro tipo de proveedores en salud que no pertenecen al sector público, como pueden ser clínicas o consultorios de médicos privados, estos suelen ser servicios mucho más costos que los públicos y por esto mismo es poca la población que hace uso de ellos; sin embargo se encontraron casos de pacientes que bajo una balanza de costo beneficio preferían gastar más dinero en una consulta médica en un consultorio privado lo que directamente era asociado a eficiencia y rapidez.

Como enfermedad relevante, esta vez para los niños, se encontró que las IRAs y EDAs son enfermedades frecuentes en la población y son uno de los motivos más importantes de consulta. Al respecto se puede pensar en ellas como *enfermedades cotidianas*, en la medida en que aunque crean rupturas, no generan discontinuidades en la cotidianidad o en la rutina de las personas. De igual forma son enfermedades cotidianas en la medida en que están asociadas de forma directa con las condiciones de vida, sobretodo teniendo en cuenta los problemas de saneamiento ambiental en la zona.

Otro de tipo de enfermedades encontradas son aquellas que se describen como propias de una región, entre ellas se encuentran la malaria, leishmaniasis y chagas. Tanto desde el sector oficial como desde el comunitario cuando se hablaba de estas enfermedades se aclaraba que eran enfermedades del campo y de la vida rural. En el caso de la región de Norte de Santander, esto resulta particularmente interesante si se toma en consideración que parte de la zona rural del departamento es asociada a la presencia de grupos armados al margen de la ley así como de cultivos ilícitos. En esa medida tener una enfermedad propia del campo, se extiende a que se estuvo en un lugar asociado a prácticas ilegales.

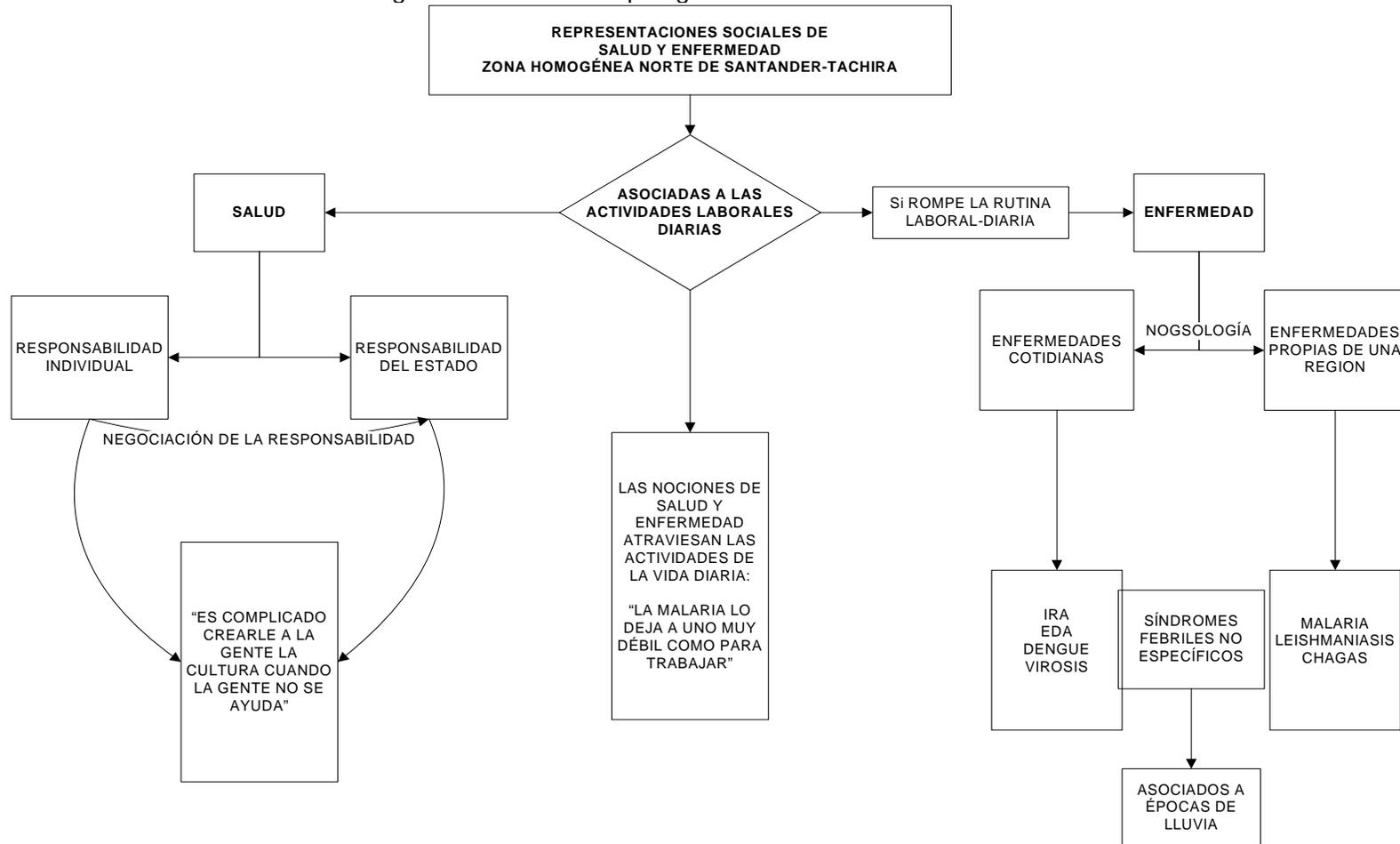


Diagnóstico Socio-Antropológico



En cuanto a la representación de salud es relevante plantear que tanto a nivel comunitario como desde el sector oficial, esta es entendida como una responsabilidad individual y una responsabilidad del estado; lograr una condición o estado de bienestar es la negociación entre estos dos tipo de responsabilidades. De esta forma, las actividades que requieren de un compromiso por parte de la persona como vacunarse o incluso alimentarse bien, a pesar de que son actividades atravesadas por el tipo de recursos y necesidades de los individuos, son considerados como algo que depende de las personas. Por otro lado también se argumenta que la salud depende de las condiciones de vida y esas condiciones son responsabilidad del estado pues son asociadas a lo público, de esta forma se explica que uno de los determinantes tanto de la salud como de la enfermedad está puesto en los servicios públicos y de saneamiento ambiental.

Diagnóstico Socio-Antropológico



MAPA CONCEPTUAL REPRESENTACIONES SOCIALES DE SALUD Y ENFERMEDAD



Diagnóstico Socio-Antropológico

Representación social de la malaria

Con relación a las representaciones sociales de la malaria, se debe tener en cuenta que tienen lógicas muy diferentes según la región. Para Táchira se encontró que desde lo oficial no es una enfermedad por la que deban preocuparse; al preguntarle por la malaria a un funcionario de malariología respondió lo siguiente: “no, aquí la malaria la tenemos erradicada”, cuando se preguntó por cuáles creía eran los motivos de su erradicación contestó: “primero los terrenos se están urbanizando y por eso mismo el vector se está desplazando, además no tenemos los mismos problemas de migraciones” (Entrevista sector oficial 13, Cúcuta 2006).

Por otro lado, en la región de Norte de Santander, se identificó que es una enfermedad prioritaria tanto para el sector oficial como el comunitario. Para referirse a ella al interior de la población se usa la palabra paludismo y malaria, sin embargo lo más usual es usar la primera para hacer referencia a la enfermedad y la segunda a la oficina de ETV y sus funcionarios, llamados “los malarios”.

En cuanto a la enfermedad se encontró que en general la población conoce sus síntomas y saben lo que tienen que hacer si se presentan, lo que incluye conocimiento de la gota gruesa así como de los medicamentos con los que es tratada. Saber de la enfermedad está relacionado directamente con la experiencia, al haberse enfermado varias veces ya sabe lo que se tiene que hacer. Por otro lado es importante tener en cuenta que existe una memoria viva de una epidemia en 1997, lo que le da una carga adicional al hecho de que las personas estén familiarizadas con la enfermedad.



Diagnóstico Socio-Antropológico



De igual forma cabe agregar que la epidemia movilizó al sector oficial a capacitar promotores para la toma y lectura de la gota gruesa así como de la entrega del tratamiento. Algunos de estos promotores continúan trabajando en esta área, sin embargo hacen explícito que con el tiempo y las nuevas reglamentaciones del sector salud no les es permitido tomar ni leer la prueba, sólo lo puede hacer algún profesional de la salud, lo que ha tenido un fuerte impacto en el diagnóstico y tratamiento oportuno. Al respecto uno de los promotores entrevistados, cuenta que él fue entrenado como microscopista en esa época, sin embargo desde que llegó el cuerpo médico al puesto de salud, que incluye una bacterióloga, él ya no puede tomar la prueba ni puede intervenir de ninguna forma en el proceso; además cuenta que los médicos que pasan por allí son rurales y por eso mismo no están familiarizados con la enfermedad, les cuesta reconocerla y por eso mismo muchas veces no piden la prueba. Por otro lado también mencionó que las personas de la región todavía lo buscan cuando creen que tienen paludismo pero lo único que puede hacer él es pedirles que vayan al puesto de salud (entrevista 24, Puerto Santander 2006). Como actor social, el promotor tiene un vínculo de confianza y legitimidad con la comunidad lo que hace que sea percibido como una fuente de consulta más segura cuando se trata de paludismo, en comparación con el médico del puesto de salud.

Malaria como enfermedad propia de una región:

La malaria como enfermedad en la zona homogénea tiene una característica particularmente importante y es que la zona endémica de alto riesgo que corresponde a Tibú es una región caracterizada por los problemas de conflicto armado así como por la presencia de cultivos ilícitos. La malaria es percibida por la población como un problema de esta zona en particular, por esto mismo el estar enfermo de malaria es tener un vínculo ese territorio así como con las actividades que se llevan a cabo allí. De esta manera es posible encontrar afirmaciones como las siguientes: “si tiene malaria es porque quien sabe



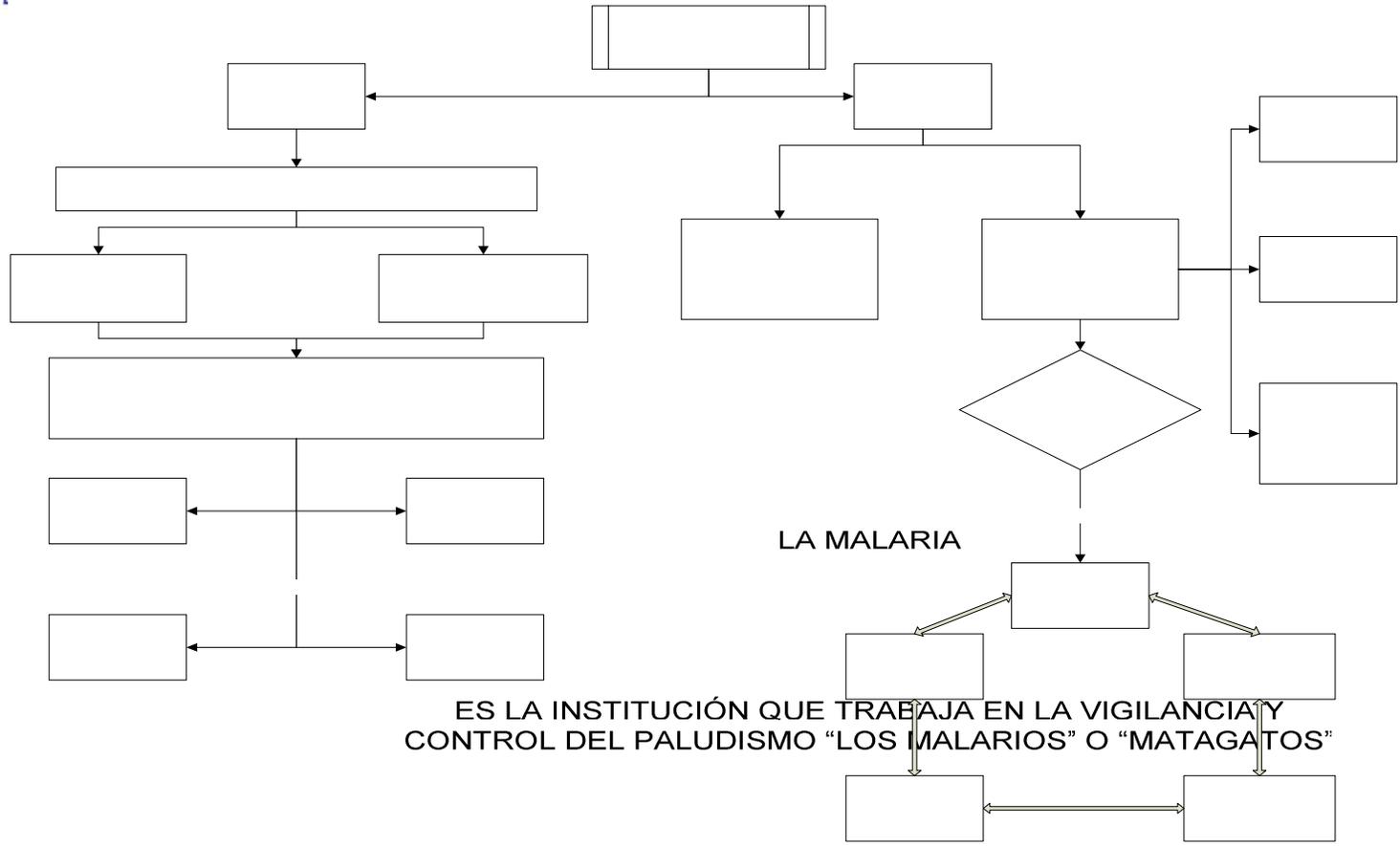
Diagnóstico Socio-Antropológico



donde estuvo y haciendo qué” o “si tiene malaria seguro es guerrillero”. La enfermedad de esta forma es causante de señalamiento y marginalización.

Más allá de que la población enferma esté o no vinculada a actividades ilegales lo que se plantea como un aspecto de fundamental para entender los proceso que rodean la enfermedad, es que acceder a un servicio de salud por malaria no es un actividad deseable, pues por ser una enfermedad de notificación obligatoria requiere de datos que las personas no se sienten cómodas de publicar, entre ellos se encuentra su nombre, dirección, así como datos sobre su trayectoria de los últimos días. La malaria bajo este contexto no es una enfermedad pública, de hecho pertenece a la esfera de lo privado, en la que el anonimato es de gran importancia, lo que se traduce en el uso de seudónimos y de datos falsos cuando se le pide información a los pacientes, lo que dificulta el control y vigilancia de la enfermedad. El hecho de que la malaria esté relacionada con lo no publicable, tiene un impacto en los niveles de registro, pues la misma idea de que sea una enfermedad de notificación obligatoria que requiere de vigilancia y control, es incoherente con las lógicas de anonimato de la región.

De igual forma la relación región/malaria y por tanto actividades ilegales, se extiende a las prácticas de automedicación, pues en muchos casos es preferible automedicarse que hacer público que se está enfermo, no sólo por las connotaciones negativas asociadas sino porque efectivamente en muchos casos los pacientes hacen parte de grupos armados al margen de la ley, y en este sentido su condición legal se convierte en una traba para acceder a servicios de salud en los que se sabe que se contará con una historia médica o con ciertos datos personales, publicar que se está enfermo en el caso de pacientes que estan vinculados al conflicto armado es ponerse en evidencia, por esto mismo no acuden a proveedores de salud públicos optando por automedicarse o por ir a un consultorio privado, que garantice seguridad y privacidad.



ES LA INSTITUCIÓN QUE TRABAJA EN LA VIGILANCIA Y CONTROL DEL PALUDISMO "LOS MALARIOS" O "MATAGATOS"

MALARIOLOGÍA
(SEDE SAN CRISTOBAL)

ETV
(ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR SEDE CÚCUTA)

INSPECCIÓN, EDUCACIÓN, CONTROL BIOLÓGICO Y FUMIGACIÓN

REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA ZONA HOMÓGENA NOROCCIDENTAL DE SAN TACHIRA

ES UN HIPO... REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR

Itinerarios terapéuticos:

Los itinerarios terapéuticos de esta zona pueden ser entendidos teniendo en cuenta dos posibles acciones iniciales que pueden ser generalizadas. Por un lado se encuentran aquellas en las que la automedicación es la acción inicial, ya sea para responder a síntomas no específicos relacionados con la malaria como pueden ser fiebre, escalofrío y dolor de cabeza, o para responder a síntomas de malaria para lo que se compran directamente antimalaricos, que pueden ser efectivos o no efectivos. Respecto a la automedicación es importante tener en consideración que allí están involucrados varios proveedores del tratamiento, por un lado se encuentran las droguerías así como las redes más cercanas de amigos, familiares o vecinos que alguna vez han tenido malaria y que conocen el tratamiento o que incluso aun tienen algunas pastas guardadas, las cuales pueden ser compartidas.

La segunda forma de acción posible, es aquella en la que se acude a algún prestador de servicios como pueden ser : puestos de salud, puestos de ETV o consultorios privados. Desde este momento se despliega una nueva rama de posibles acciones que incluyen tomarse la prueba gota gruesa y después recibir el tratamiento. Para el caso concreto de los puestos de salud así como para los puestos de ETV es importante tener en cuenta que no siempre hay un microscopista cerca para que lea la prueba, por eso mismo dentro de esta trayectoria se debe tener en cuenta los periodos de tiempo que toman los diagnósticos, los cuales varían según ubicación y distancia.

Percepción de riesgo

Dentro de las percepciones de riesgo de enfermarse de malaria se encuentran frecuentes asociaciones con regiones particulares. El riesgo está directamente relacionado con las actividades propias de ciertas regiones donde se presentan casos de malaria. Aunque la población sabe que el paludismo da por la picadura de un mosquito y sabe que éste está asociado a lugares donde hay agua estancada, la noción de riesgo se extiende a otros elementos que contemplan el territorio, la población que habita allí y sus actividades, en ese sentido los grupos armados ilegales y la siembra de cultivos ilícitos, son dos elementos vinculados al riesgo de enfermarse de malaria.

Además de los elementos mencionados también es posible agregar que la percepción de riesgo también es asociada a las condiciones de vida de las personas. Tanto desde lo oficial como a nivel comunitario se mencionan las dificultades de tratamientos de aguas lluvia y de agua potable, como determinante que pone en riesgo a la población de enfermarse.

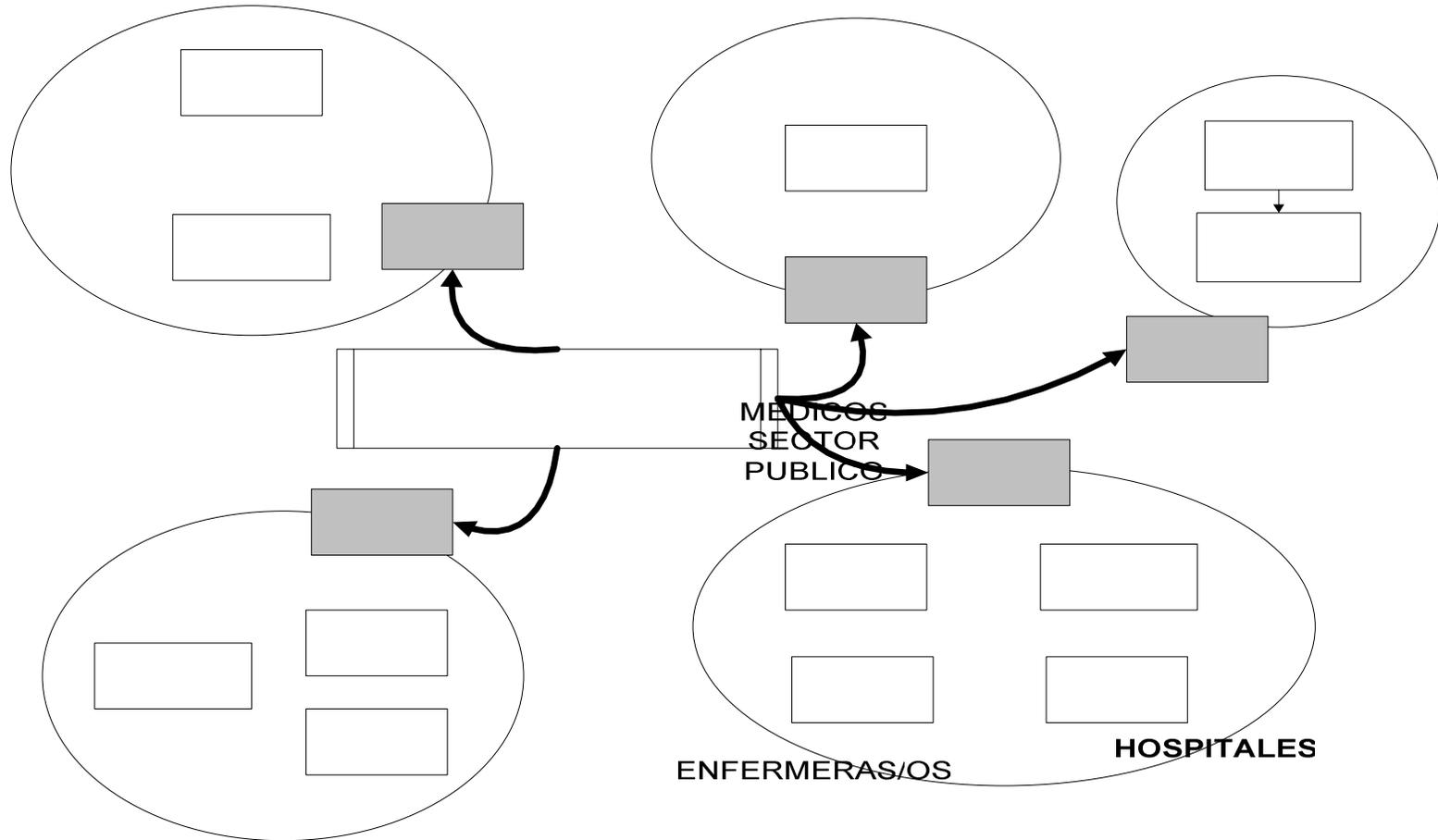
Finalmente con relación a las percepciones de riesgo es de resaltar que desde el sector oficial, el dengue se ha consolidado como una enfermedad de alto riesgo y en esa medida se implementan más proyectos relacionados con esta enfermedad, la noción de una enfermedad riesgosa dentro de las prioridades del sector oficial se ve opacada en términos de recursos y acciones por el dengue.

Trayectorias de riesgo

Tabla No.24. Trayectorias de riesgo

Trayectorias disposicionales	Trayectorias situacionales
<ul style="list-style-type: none"> • Movilidad geográfica de grupos armados. • Movilidad geográfica por desplazamiento forzado. • Movilidad geográfica por condiciones de frontera viva. • Actividades en zonas de mucha vegetación-monte. • Actividades de recolección de agua. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cercanía a criaderos ubicados en las zanjas de las carreteras • Viviendas o áreas de trabajo ubicadas en zonas endémicas sin control de criaderos. Como pueden ser los lugares donde están presentes grupos armados. • Viviendas o áreas de trabajo en zonas rurales aisladas de proveedores de salud para malaria. • Contexto de movilidad geográfica permanente desde zonas endémicas.

Diagnóstico Socio-Antropológico



MAPA CONCEPTUAL PROVEEDORES DE SALUD

CENTROS DE ATENCIÓN EN SALUD
PROVEEDORES DE SALUD
ZONA HOMOGÉNEA
NORTE DE SANTANDER-TÁCH

Diagnóstico Socio-Antropológico **Bibliografía**

Dirección de Epidemiología y Análisis Estratégico. Ministerio de salud República Bolivariana de Venezuela. (2006) Boletín Epidemiológico Semanal. Semana epidemiológica No 9. Periodo del 6 de febrero al 4 de marzo. [Versión electrónica]

CEDE (2006) Norte de Santander. Documento CEDE, Facultad de Economía Bogotá: Universidad de los Andes.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística de Colombia:
<http://www.dane.gov.co>

Esquema de Contenido Dossier de las Entidades Federales Estado Táchira:
<http://www.funmrd.gov.ve/corporativos/doc/estadistica/Dossier%20tachira.pdf>

Naciones Unidas. Oficina contra la droga y el delito (2005) Cultivos Ilícitos de droga: estadísticas municipales Censo 31 de Diciembre de 2005. Proyecto SIMCI II. Bogotá [Versión electrónica]

Naciones Unidas (2006) Ficha Técnica. Situación Humanitaria Departamento Norte de Santander [Versión electrónica]

Ministerio de Educación Nacional. Perfil Educativo Departamental de Norte Santander.
<http://www.mineduccion.gov.co/1621/article-97459.html>

SIVIGILA (2003) Boletín Epidemiológico Semanal No. 20. Ministerios de Salud Colombia

CAPÍTULO 3 ZONA HOMOGÉNEA DEPARTAMENTO DEL CESAR-ESTADO DE ZULIA

Introducción

En los capítulos precedentes hemos analizado las zonas Guajira – Zulia y Norte de Santander - Táchira, en ellos se ha buscado presentar los elementos relevantes que hace de esas zonas focos importantes para entender la malaria. Sin embargo, el análisis quedaría incompleto sin la presentación de la zona Cesar – Zulia. Su importancia no radica, como lo veremos, en el problema étnico ni en las condiciones topográficas. Su importancia, se evidencia a través de la conformación de una región dada por el factor del conflicto social colombiano. Esta zona ha devenido un corredor de tránsito bio-social que permite el mantenimiento y la reproducción de la enfermedad.

DEPARTAMENTO DEL CESAR

El Cesar se ubica al noreste del país. Con una extensión de 22.095 km², que representan el 2% de la extensión de todo el país y el 15% de la región Caribe. A pesar de ser el único departamento costero sin salida al mar, cuenta con sistemas montañosos que lo circundan además de proveer diversidad de pisos térmicos y climas.

Diagnóstico Socio-Antropológico



Mapa No.1 División política Departamento del Cesar

El departamento limita al norte con los departamentos de Magdalena y La Guajira, al sur con los santanderes; por su costado occidental tiene a los departamentos de Bolívar y la parte sur del Magdalena. En su parte oriental se encuentra la Serranía del Perijá, la cual sirve de frontera natural con Venezuela.

Diagnóstico Socio-Antropológico
1. ORGANIZACIÓN SOCIAL ZONA HOMOGÉNEA
DEPARTAMENTO DEL CESAR-ESTADO DE ZULIA

Indicadores demográficos

Tabla No.1 Datos generales del departamento

Capital	Valledupar
Superficie Km ²	22.095 km ²
Número de municipios	25
Población con necesidades básicas insatisfechas (%) 2005	61.4
Índice de desarrollo humano (2003)	0.73
Fuente: DANE, DNP-USD-DIOSGS	

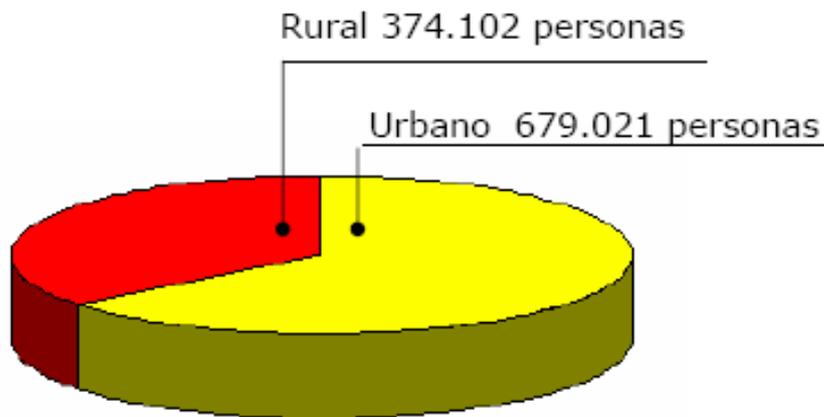
Tabla No.2 Indicadores demográficos del departamento

	Cesar	Colombia
Tasa de mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos)(2000-2005)	44,4	25,6
Tasa bruta de mortalidad (por 1000 habitantes)(2000-2005)	5,51	5,0
Desnutrición global en menores de 5 años(%) (1999)	7,1	6,7
Expectativa de vida al nacer (hombres)(2000-2005)	67,6	69,2
Expectativa de vida al nacer (mujeres)(2000-2005)	74,8	75,3
Tasa de homicidios (por 100 mil habitantes)(2004)	55	44

NBI, TASAS DE MORTALIDAD Y EXPECTATIVA DE VIDA: PROYECCIONES

DANE; DESNUTRICIÓN: DNP-UDS-DIOSGS; HOMICIDIOS: POLICIA NACIONAL

Gráfico No.1 Distribución de la población rural y urbana



Fuente. Gobernación del Cesar

Gráfico No.2 Distribución porcentual de la población por grupos de edad

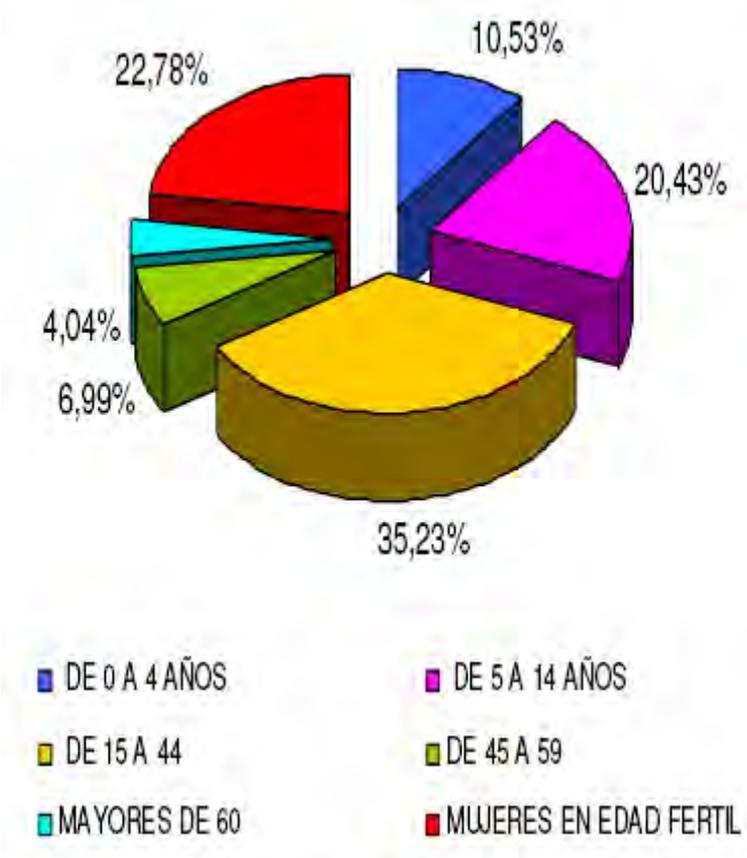
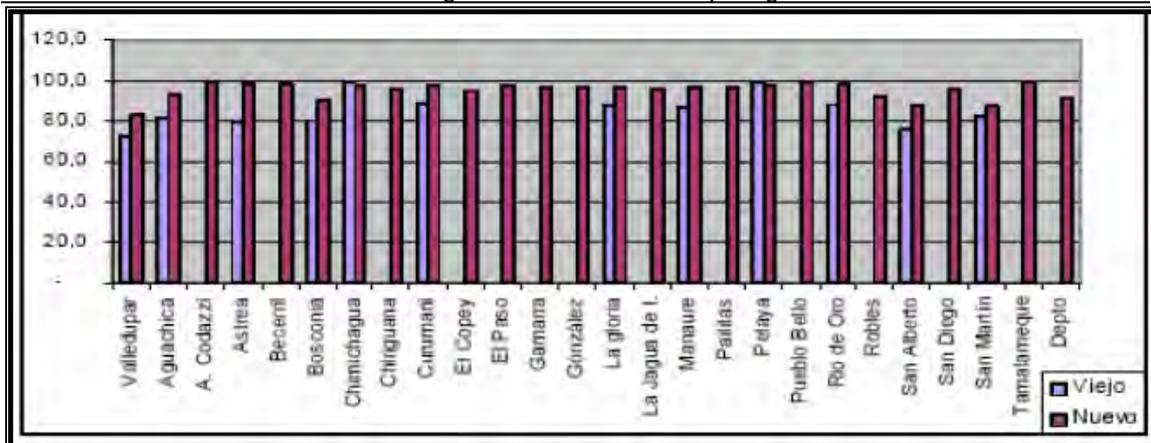


Tabla No.3 Proyección de población por Municipio 2005

Departamento	Cabecera Municipal	Resto Rural	Total Proyecciones
CESAR	672712	380411	1053123
Municipio	Cabecera Municipal	Resto Rural	Total Proyecciones
VALLEDUPAR	308488	72371	380859
AGUACHICA	73475	20285	93760
AGUSTÍN CODAZZI	51577	30706	82283
ASTREA	8985	14158	23143
BECERRIL	8994	5987	14981
BOSCONIA	24482	2734	27216
CHIMICHAGUA	16771	30100	46871
CHIRIGUANÁ	15195	17791	32986
CURUMANÍ	22113	18756	40869
EL COPEY	18113	8614	26727
EL PASO	6369	20608	26977
GAMARRA	7320	4378	11698
GONZÁLEZ	5634	19767	25401
LA GLORIA	6818	17185	24003
LA JAGUA DE IBIRICO	18594	16784	35378
MANAURE	7965	4257	12222
PAILITAS	10481	5539	16020
PELAYA	11328	7614	18942
PUEBLO BELLO	0	0	0
RÍO DE ORO	6114	10939	17053
LA PAZ	13251	12601	25852
SAN ALBERTO	10628	7024	17652
SAN DIEGO	8021	8879	16900
SAN MARTÍN	7032	11955	18987
TAMALAMEQUE	4964	11379	16343
FUENTE: DANE - Colombia. Proyecciones de Población 2005			

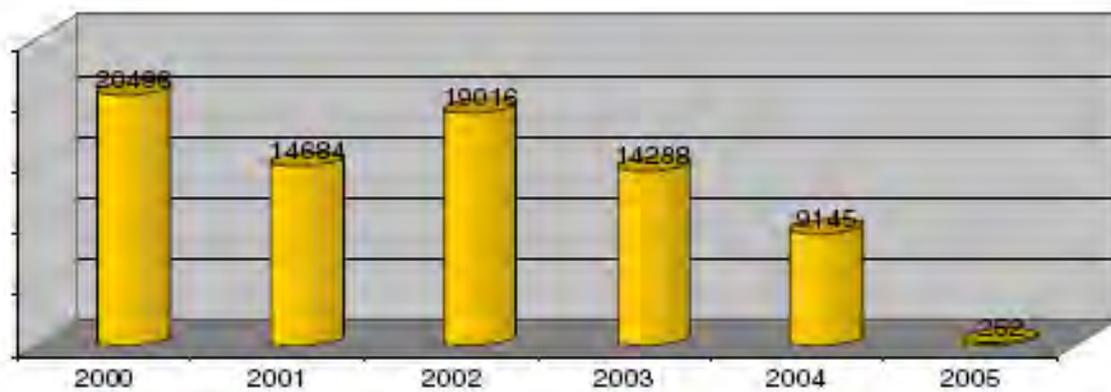
Gráfico No.3 Porcentaje de Población pobre por municipio Departamento del Cesar

Diagnóstico Socio-Antropológico



Fuente. Secretaría de Salud Departamental

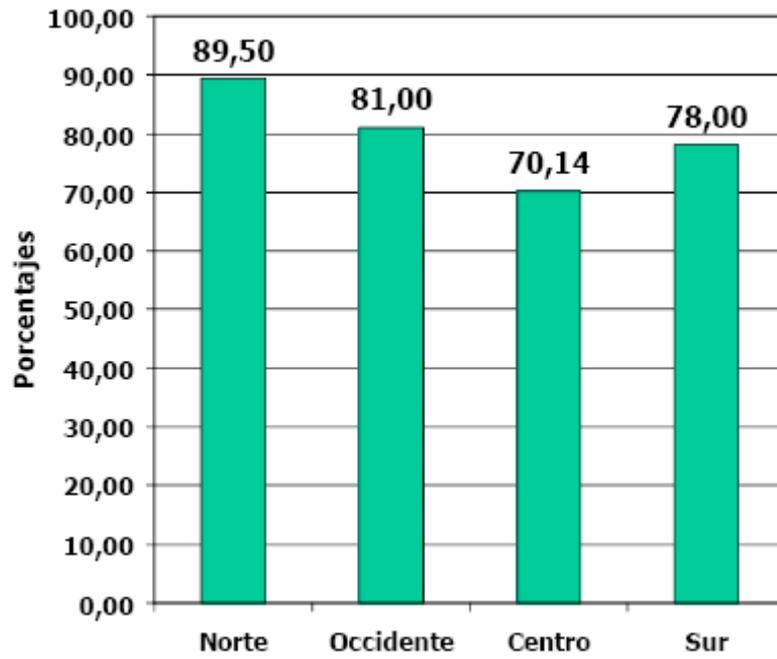
Gráfico No.4 Población desplazada por la violencia en el Cesar



Fuente Sistema Unico de Registro Red de Solidaridad Social

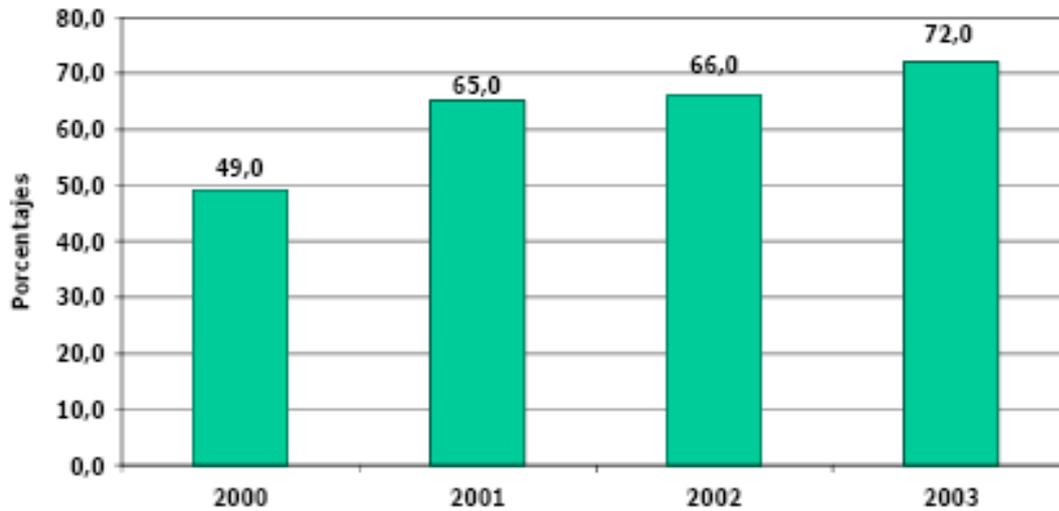
Servicios de Salud

Gráfico No.5 Indicador de cobertura en salud por regiones



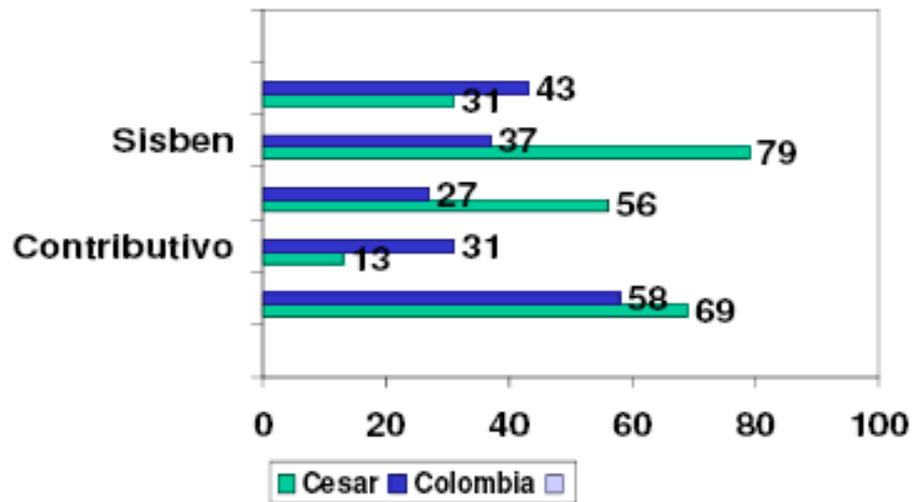
Fuente. Gobernación del Cesar 2005

Gráfico No.6 Cobertura Régimen Subsidiado



Fuente. Gobernación del Cesar 2005

Gráfico No.7 Porcentajes de afiliación al SGSSS Cesar-Colombia 2005



Fuente. Gobernación del Cesar 2005

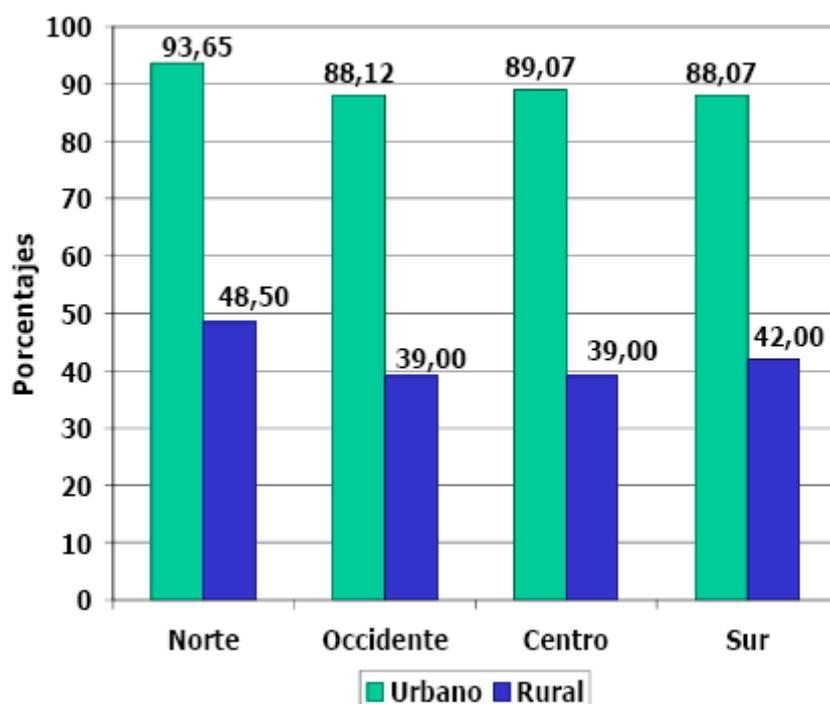
Tabla No.4 Infraestructura para la prestación en Salud Cesar

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Sector Oficial (Salud Asistencial)							
Hospitales Regionales							
Número de instituciones	3	3	3	3	3	3	3
Número de camas disponibles	224	282	292	317	244	1,169	1,169
Centros de Salud							
Número de Instituciones	21	21	21	21	21	21	21
Número de camas disponibles	34	34	34	34	34	34	34
Puestos de Salud							
Número de Instituciones	111	111	111	111	111	111	111
Instituciones Prestadoras de Salud – IPS							
Número de Instituciones	26	26	27	27	27	26	26
Número de camas disponibles	584	653	748	782	782	754	756
Sector Privado (Salud Asistencial)							
Clínicas							
Número de Instituciones		17	17	17	17	17	17

Fuente: Secretaria de salud – Gobernación del Cesar.

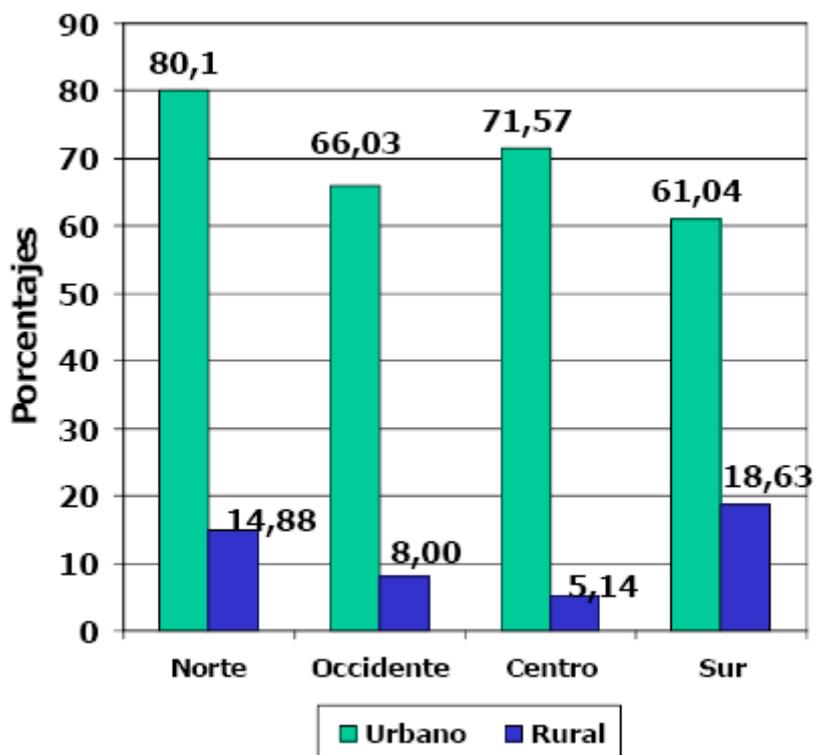
Servicios públicos:

Gráfico No.8 Indicador porcentual de cobertura de acueducto por regiones



Fuente. Gobernación del Cesar 2005

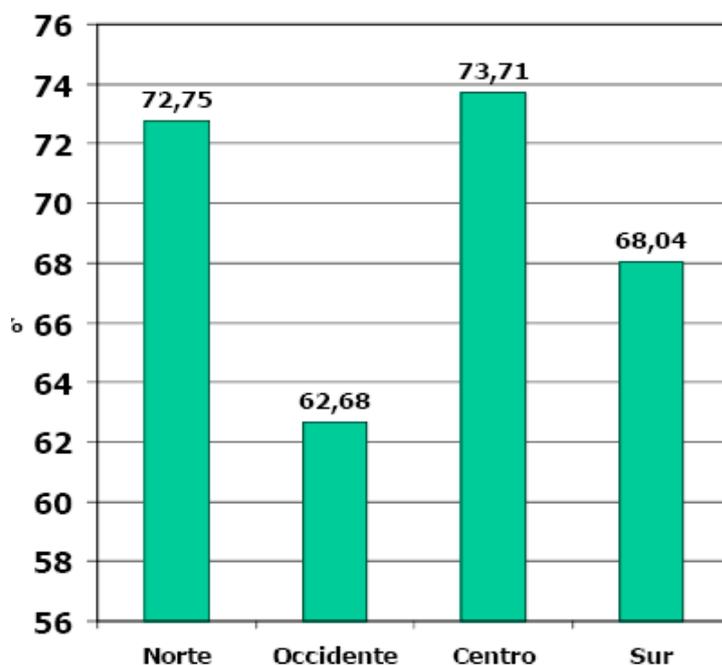
Gráfico No.9 Indicador porcentual de cobertura de alcantarillado por regiones



Fuente. Gobernación del Cesar 2005

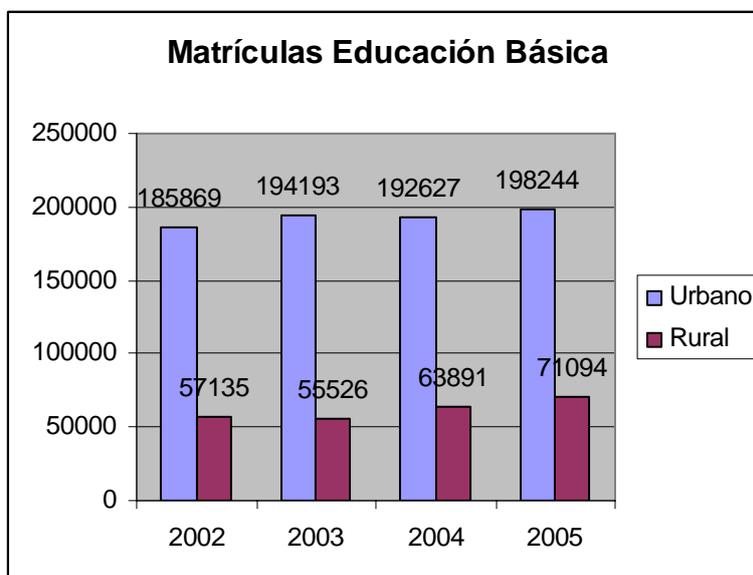
Sistema de educación:

Gráfico No.10 Porcentaje de cobertura de educación por subregiones



Diagnóstico Socio-Antropológico

Gráfico No.11 Matrículas educación básica por zona



Fuente DANE 2005

Indicadores economías locales:

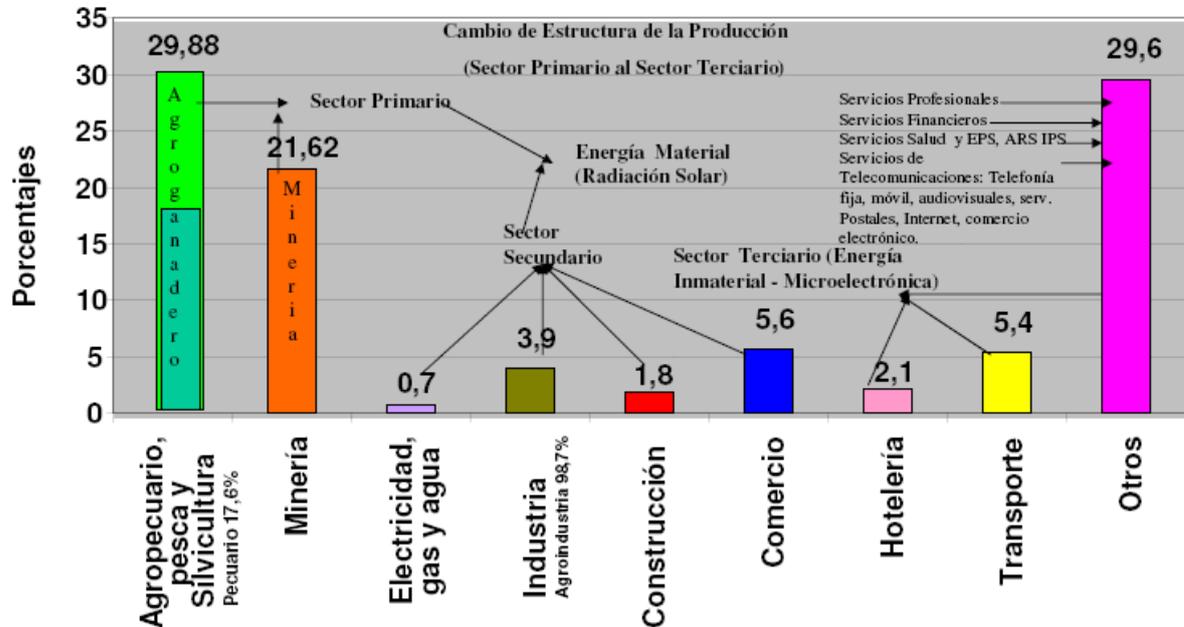
Tabla No. 5 Indicadores actividades población

	Cesar	Colombia
Población en edad de trabajar (2004)	750.598	33.458.200
Población económicamente activa (2004)	399.989	20.309.917
Tasa de desempleo (%) (2004)	7,5	13,6
Tasa de subempleo (%) (2004)	15	31,1

Fuente: DANE 2004

Diagnóstico Socio-Antropológico

Gráfico No.12 Participación porcentual de las Ramas de Actividad Económica en el PIB Departamental del Cesar



Fuente: Coordinación Sistemas de Información - O.A. de Planeación Departamental, con datos suministrados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE

2. DINAMICAS SOCIALES ZONA HOMOGENEA DEPARTAMENTO DE CESAR-ESTADO DE ZULIA

Dinámicas sociales asociadas a las características demográficas

Las características geográficas del departamento han dado lugar a una subregionalización del departamento en cuatro áreas: La Sierra Nevada de Santa Marta, La Serranía del Perijá, la región aledaña al río Magdalena y las llanuras centrales de los ríos Ariguaní y Cesar. Esta división del territorio se mezcla con dinámicas sociales que dividen las características en términos de representaciones sociales de los grupos que la habitan.

En este orden de ideas se puede dividir la región a partir de las características de tres grupos principales poblacionales que se distinguen culturalmente dentro del territorio del departamento y que no incluyen a los igualmente presentes grupos indígenas que habitan conjuntamente algunas de estas áreas (Castro, 2004).

La división regional a partir de los grupos sociales distingue tres grupos. Hacia el norte del departamento con la ciudad de Valledupar como capital habitan los “vallenatos” o “provincianos”. Sus municipios tienen ganadería de leche, cultivo de palma, agricultura de riego, sistemas silvopastoriles, y cuentan con el corredor vial internacional hacia Venezuela.

Hacia la zona central del departamento se encuentran los “bajero” o “rivereño”, con tierras aptas para la ganadería y la agricultura. Así mismo se cuenta en la zona con yacimientos carboníferos y ecoturismo.

Finalmente hacia el sur se reconocen los “santandereanos” con Aguachica como ciudad principal. La influencia santandereana es muy importante en esta zona y al igual que las otras regiones del departamento cuenta con ganadería, cultivo de palma africana y agricultura.

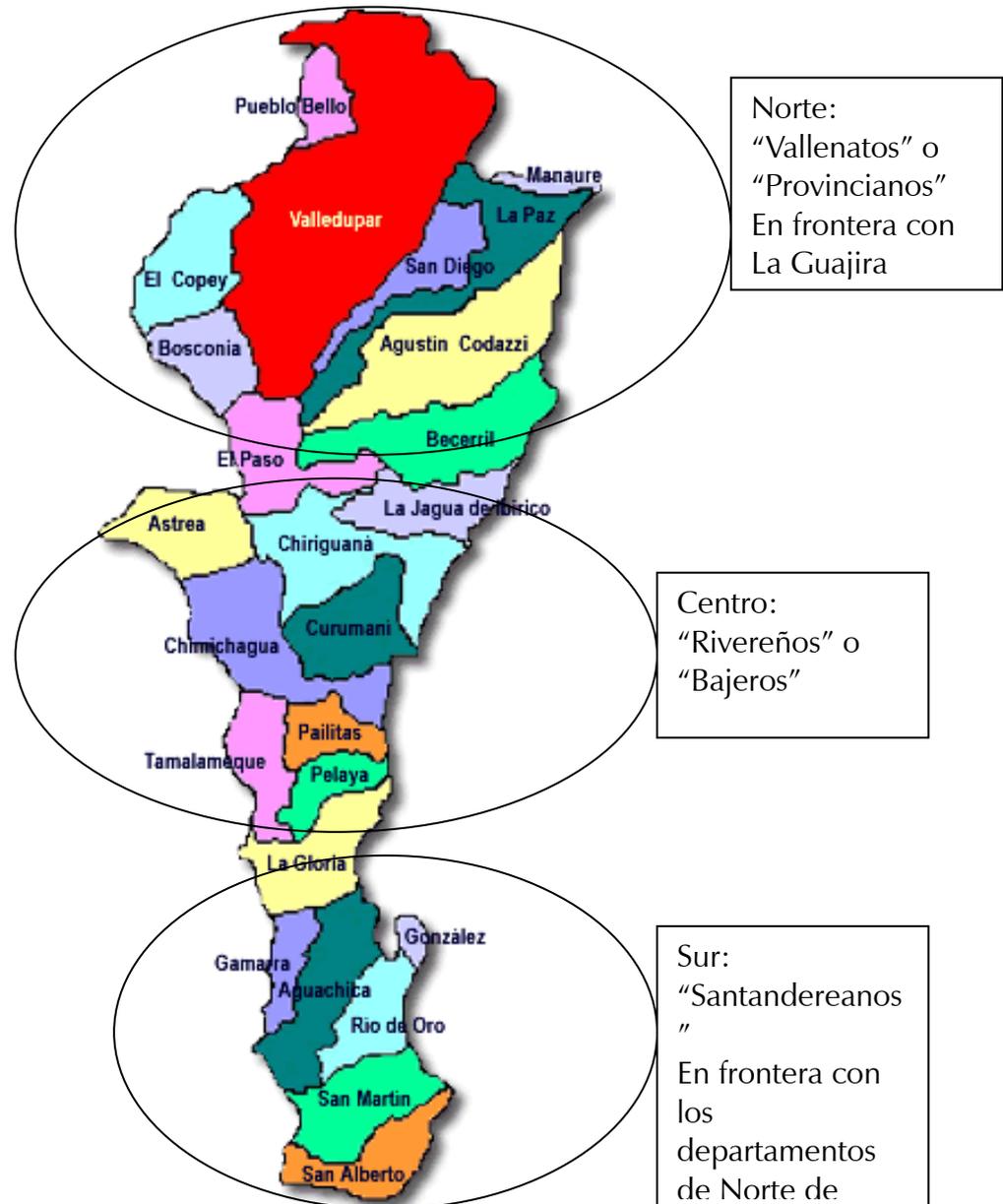
Diagnóstico Socio-Antropológico

La diversidad cultural del Cesar también cuenta con grupos étnicos en la zona ubicados en su mayoría en los resguardos indígenas dentro del departamento. Estos grupos pertenecen a las comunidades Arhuaco, Kogui, Yupka (Yuko) y Wiwa. Las dos primeras se encuentran ubicadas en la zona norte de la Sierra Nevada de Santa Marta, mientras los Yuko se localizan en la Serranía del Perijá y los Wiwa se encuentran en la vertiente nororiental de la Sierra Nevada de Santa Marta, compartiendo con los Kogui el resguardo de Campo Alegre, municipio de Becerril. También existen pequeños asentamientos en la vertiente norte de la serranía y una comunidad en la serranía del Perijá.

La representación social de los habitantes que habitan el departamento del Cesar da cuenta de varias dinámicas sociales propias de la región, que responden a las áreas de influencia compartidas con el departamento de La Guajira hacia el norte y con los Santanderes hacia el sur. En estos espacios de frontera departamental se viven dinámicas activas de intercambio tanto económico como social y cultural. Es así como los habitantes "vallenatos" comparten espacios geográficos con los "guajiros" conformando zonas de homogeneidad social, mientras dinámicas similares se llevan a cabo hacia el sur entre los "santandereanos" del departamento y los habitantes del Norte de Santander y Santander.

Diagnóstico Socio-Antropológico

Dinámicas sociales de división regional en el departamento del Cesar según grupos sociales:



Mapa No.2 Mapa político del Cesar

Fuente: Gobernación del Cesar



Diagnóstico Socio-Antropológico



Dinámicas sociales asociadas a las condiciones de vida

Según los estudios sobre pobreza en el país el departamento del Cesar tiene un 61,4 % de su población bajo la línea de pobreza lo que revela los altos índices de necesidades básicas insatisfechas en la región. A esta característica se suma la problemática de dinámicas sociales de desplazamiento forzado y la presencia de grupos del conflicto armado en el país. Este elemento es clave para entender muchas de las dinámicas sociales entorno a la gestión de la salud en la región, en donde además están presentes otros factores de riesgo como los problemas de saneamiento ambiental y servicios públicos.

Economías locales

El departamento del Cesar se ha caracterizado históricamente por sus economías ganaderas y agrícolas de diversos productos como el algodón, sorgo, arroz y especialmente de palma africana. Por otro lado, los yacimientos mineros con los que cuenta en su territorio han desarrollado economías de la explotación del carbón principalmente (Gamarra, 2005).

Estas economías se han visto atravesadas por el fenómeno de la violencia con la presencia de grupos armados en las haciendas ganaderas y agrícolas que han dado lugar a dinámicas de violencia y riesgo para este sector productivo. La población campesina y colona se dedica por lo general de manera independiente o como jornaleros a la agricultura, la pesca y la ganadería. De igual forma desempeñan otros oficios informales de tipo doméstico o familiar o se encuentran vinculados a las empresas de explotación de los recursos de la zona como son el carbón.



Diagnóstico Socio-Antropológico



Las actividades laborales de la región son dinámicas sociales de economías de subsistencia para los campesinos e indígenas en la zona. Esta característica le imprime un peso fundamental para entender que son fuentes de ingresos para el día a día a partir de las cuales se logra la subsistencia mínima de los núcleos familiares. La mayoría de la población depende día a día de estas actividades para lograr suplir algunas de sus necesidades, como la alimentación y la vivienda. Estas formas de organización social evidencian la constitución histórica de espacios en los que sus pobladores viven en condiciones precarias con altos niveles de NBI y dependencia económica. En esta medida las necesidades no resueltas para la población propician dinámicas de pobreza en los que el campo de la salud pasa a un primer plano cuando interrumpe las actividades laborales de subsistencia de los grupos familiares en su vida diaria.

Dinámicas de movilidad geográfica de la población

Teniendo en cuenta la zona homogénea del departamento de la Guajira y el Estado de Zulia así como la zona departamento Norte de Santander- Estado de Táchira, resulta necesario contemplar una zona de influencia importante en la que tienen encuentro varios territorios, que por sus dinámicas sociales particulares permiten la reproducción social de la endemias de la malaria. La zona a la que se hará referencia a continuación está compuesta por los siguientes lugares:

Tabla No.6 Dinámicas sociales de movilidad geográfica de la población

LUGAR	CRITERIO DE INCLUSIÓN
1. Municipio Jesús María Semprum, perteneciente al Estado de Zulia	<ul style="list-style-type: none"> De acuerdo a fuentes oficiales de reporte epidemiológico venezolanas, es el municipio de Zulia con mayores problemas de paludismo, junto a Machiques.
2. Norte de la región del Catatumbo, especialmente el municipio de Tibú, perteneciente al departamento de Norte de Santander	<ul style="list-style-type: none"> Zona endémica para malaria, particularmente Tibú que es clasificado como de alto riesgo. Presencia del conflicto armado y por tanto de fuertes dinámicas movilidad geográfica, ya sea por la movilidad de los grupos armados o por desplazamiento forzado. Presencia de cultivos ilícitos. Tibú es un municipio fronterizo con dos estados venezolanos, al sur con Táchira y al norte con Zulia, específicamente con el municipio Jesús María Semprum.
3. Departamento del Cesar	<ul style="list-style-type: none"> Comparte una larga frontera con el Estado de Zulia con la serranía del Perijá. Comparte frontera con la región del Catatumbo y con el municipio Jesús María Semprum. Como departamento es una zona estratégica en las dinámicas de desplazamiento de los grupos armados presentes en la zona.

Diagnóstico Socio-Antropológico



Mapa No. 3 AREA DE INFLUENCIA CESAR-ZULIA

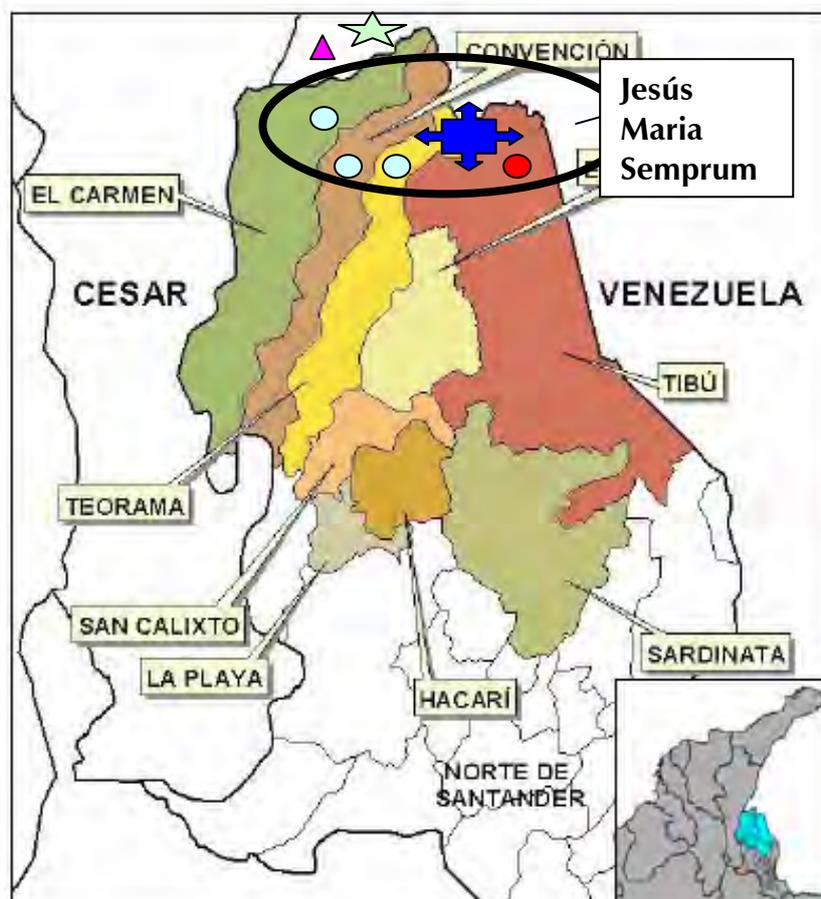
Modificado por el autor

-  Municipio Jesús María Semprum (Estado de Zulia, Venezuela)
-  Zona norte del Catatumbo
-  Departamento del Cesar

Diagnóstico Socio-Antropológico

Teniendo en cuenta los lugares presentados resulta necesario reflexionar sobre los procesos sociales presentes allí, que dan cuenta de los procesos de salud y enfermedad relacionados con la malaria. En este sentido el conflicto armado presente en la zona norte de la región del Catatumbo, es un hecho social central para entender como se construyen y las lógicas que soportan las dinámicas sociales de la zona.

La región del Catatumbo esta compuesta por 8 municipios que corresponden a Convención, El Tarra, Hacarí, Ocaña, San Calixto, Sardinata, Teorema y Tibú, cuatro de estos comparten frontera con Jesús Maria Semprum-Zulia, siendo Tibú el municipio con mayor extensión en frontera pues limita en el norte y oriente con este municipio venezolano. Por su extensión geográfica en frontera así como por contar con el mayor número de población en comparación a los otros municipios que limitan en el norte, Tibú es considerado el municipio del Catatumbo con mayor relevancia para esta zona.



Diagnóstico Socio-Antropológico
Mapa No.4. Área de influencia de Norte de Santander

Fuente: www.derechoshumanos.gov.co

Modificado por el autor



Jesús María Semprum (Zulia,
Venezuela)

Zona endémica para malaria

Presencia de grupos armados
(FARC y AUC)

Zona de alto riesgo para malaria

Zona de mediano riesgo para
malaria

Por estar compuesta de zonas montañosas y valles tropicales así como por su situación fronteriza, la región del Catatumbo es un lugar estratégico para la siembra de cultivos ilícitos pues es una zona agrícola de difícil acceso, lo que ha sido motivo de fuertes enfrentamientos entre los grupos armados que operan en la zona, en especial las FARC y las AUC. Junto a la presencia de cultivos de coca, los enfrentamientos entre grupos armados están directamente relacionados con el control de las rutas de comercio con Venezuela para el tránsito de drogas y armas así como de contrabando de gasolina (Naciones Unidas 2006, Programa Presidencial de Derechos Humanos y DIH 2004, Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y DIH 2005). La situación de violencia y crisis humanitaria en esta región ha tenido un fuerte impacto en las dinámicas de expulsión y recepción de población, haciendo de esta región un lugar en que la que parte de la población está en permanente movimiento. Las siguientes pueden ser caracterizadas de la siguiente manera:

- Frecuentes desplazamientos en la zona de grupos armados legales e ilegales.
- Desplazamiento forzado de población civil (campesinos, indígenas y colonos) hacia municipios de Colombia y Venezuela
- Recepción de población causada por reclutamiento forzado para actividades relacionadas con la producción de coca ("raspachines") y para ingresar en las filas de los grupos ilegales del conflicto armado



Diagnóstico Socio-Antropológico

Por sus condiciones sociales y geográficas, la región del Catatumbo presenta grandes dificultades en términos de acceso y uso de servicios de salud, los problemas de orden público limitan las acciones de salud pública sobretodo en contextos rurales. En este orden de ideas el que esta región sea endémica para malaria plantea un reto en términos de control y vigilancia de la enfermedad, pues coincide con un lugar con alta movilidad geográfica y además desatendida.

Relaciones de frontera

Colombia y Venezuela comparten una larga extensión fronteriza altamente dependiente del comercio y en esa medida su frontera es considerada frontera viva, lo que se expresa sobretodo a través de la ruta Cúcuta- San Antonio de Táchira.

De manera paralela, también, es necesario tener en cuenta la presencia de relaciones fronterizas vinculadas a actividades ilegales, en las que se incluye, como se mencionó anteriormente, el contrabando de drogas, armas y gasolina. Este tipo de acciones son determinantes del flujo de población de un lado a otro de la frontera, es en este sentido que resulta necesario tener en cuenta la frontera compartida por Tibú y Jesús María Semprum, que bajo el contexto planteado anteriormente tienen como punto de encuentro un población flotante, así como la prevalencia de la malaria. En este punto debemos resaltar que si bien los indicadores epidemiológicos, a pesar del subregistro, muestran una realidad social compleja, la dimensión real del problema amerita, como en otras zonas homogéneas, una profundización que por la condiciones sociales de este espacio geográfico deben ser miradas con más detenimiento.



Diagnóstico Socio-Antropológico



Tabla No. 7 Casos de malaria para el Municipio Jesus María Semprum

Año	Número de casos acumulados en el año
2002	260
2003	154
2004	82
2005	66
2006	64
* Número de casos hasta semana 23	
Fuente: Sistema Regional de Salud. Dirección de Epidemiología	



Mapa No. 5. Zona de Influencia

Fuente: <http://www.a-venezuela.com/mapas/map/html/estados/zulia.html>
Modificado por el autor

Al articular las dinámicas sociales de frontera y conflicto armado resulta importante considerar el departamento del Cesar como un ente territorial que no puede ser excluido de la zona de influencia para malaria. Este departamento por su ubicación geográfica es un lugar codiciado por diferentes grupos armados, ya que estratégicamente opera como un posible corredor de paso para comunicar dos espacios sociales de la región. El primero hace referencia a una comunicación dentro del país; es decir, Guajira, Bolívar y Magdalena. El segundo nos remite al espacio fronterizo de la Serranía del Perijá entre Zulia y Cesar; este espacio es funcional debido a que sirve como centro de despliegue estratégico para los grupos armados ilegales, así como puente entre la frontera de Venezuela y la Sierra Nevada de Santa Marta (Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y DIH 2005).

Diagnóstico Socio-Antropológico



Mapa No. 6. Movilidad geográfica en zona de influencia

El departamento del Cesar también es importante hacia el sur, para lo que se debe tener en cuenta:

“...el proyecto de las autodefensas ilegales busca conectar el noreste de Antioquia con el sur de Bolívar, el sur de Cesar y llegar hasta Cúcuta, para lo cual han insistido en la búsqueda del control del corredor Tibú-Cúcuta, que les permitiría mantener una presencia predominante sobre la frontera con Venezuela. Así mismo, buscan crear unos puntos de apoyo para golpear las retaguardias de las guerrillas en otras zonas del país” (Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y DIH 2004).

Considerando que el departamento del Cesar se ha consolidado como un lugar importante dentro de las lógicas de desplazamiento de los grupos armados y considerando que están movilizándose por zonas endémicas, se hace necesario considerar este departamento desde una doble perspectiva: (i) un corredor para los



Diagnóstico Socio-Antropológico

grupos armados ilegales y (ii) un corredor geográfico privilegiado tanto para la endemividad como para la incidencia de la malaria. Ambos casos permiten entender la malaria como un hecho social en donde se evidencia la influencia de lo social y la geografía humana. El conflicto armado, la precariedad social de la región y la ecología se constituyen en una unidad de significado que invisibiliza la enfermedad al mismo tiempo que deviene en un un foco importante de infestación para ambos países.

Bibliografía

- Castro, A. (2004). Breve reseña histórica, en: Cesar Tierra de Promesas. Patricia Plana.
- Gamarra, J. (2005). La economía del Cesar después del algodón, en Serie Documentos de Trabajo Regional. Banco de la República-Cartagena.
- Naciones Unidas. Oficina contra la droga y el delito (2005) Cultivos Ilícitos de droga: estadísticas municipales Censo 31 de Diciembre de 2005. Proyecto SIMCI II. Bogotá [Versión electrónica]
- Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario (2005). Dinámica Reciente de la Confrontación Armada en la Sierra Nevada de Santa Marta
- Programa Presidencial de los derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario (2004). Algunos Indicadores sobre la Situación de los Derechos Humanos en la Región del Catatumbo. [Versión Electrónica]

CAPITULO 4. ZONA HOMOGÉNEA
ESTADO DEL AMAZONAS- DEPARTAMENTO DE VICHADA

Para esta zona se aplicó la siguiente metodología:

Tabla No. 1 Instrumentos metodológicos

Entrevista No.	Población	Área geográfica	Etnia/Localidad
Entrevista 1-6	Indígenas/ Vichada-Colombia	Rural 3 Urbano 3	Amorúa 2 Sikuani 1 Piaroa 2 Guahibo 1
Entrevistas 7-11	Colonos y Mestizos ¹¹ / Vichada-Colombia	Rural 2 Urbano 3	Cumaribo 1 La primavera 1 Puerto Carreño 3
Entrevistas 12-15	Indígenas/ Amazonía- Venezuela	Rural 2 Urbano 2	Piapoco 1 Piaroa 1 Jivi 1 Yanomami 1
Entrevistas 16-28	Colonos y Mestizos/ Amazonía- Venezuela	Rural 3 Urbano 11	Puerto Ayacucho 11 Manapiare 2 Maroa 1
Grupo Focal 1	Colonos y Mestizos/ Amazonía- Venezuela	Urbano	Puerto Ayacucho
Grupo Focal 2	Indígenas/ Amazonía- Venezuela	Rural	Coromoto

¹¹En este informe se define al término Mestizo como la población nativa y residente de la Zona Homogénea Amazonía-Vichada, y Colonos como la población que migra de otras regiones y reside actualmente en dicha zona.

Tabla No. 2 Entrevistas a funcionarios Públicos

Funcionario No.	Región	Instituciones
Funcionarios 1-6	Puerto Ayacucho-Venezuela	Alcaldía de Puerto Ayacucho Malariología CAICET ¹²
Funcionarios 7-18	Puerto Carreño-Colombia	Secretaría de Salud IPS ¹³ de la Orinoquía UBA Nuestra Señora del Carmen ESE Hospital San Juan de Dios Ejército Nacional de Colombia-Baflim Alcaldía de Puerto Carreño
Funcionarios 19-30	Puerto Ayacucho-Venezuela	Malariología Dirección Regional de Salud Ambiental y Contraloría Sanitaria CAICET Hospital José Gregorio Hernández Dirección Misión Barrio Adentro-ESTADO DEL AMAZONAS Consultorio Popular-Barrio San Enrique
Funcionario 31	Puerto Carreño-Colombia	Secretaría de Salud

En total se llevaron a cabo 59 entrevistas en profundidad y 2 grupos focales para un total de 61 instrumentos aplicados.

¹² CAICET: Centro Amazónico de Investigación y Control de Enfermedades Tropicales.

¹³ IPS: Institución Prestadora de Salud.

UBA: Unidad Básica de Atención.

ESE: Empresa Social del Estado.

Diagnóstico Socio-Antropológico
1. ORGANIZACIÓN SOCIAL ZONA HOMOGÉNEA
ESTADO DEL AMAZONAS-DEPARTAMENTO DEL VICHADA

Mapa Zona Homogénea Amazonía-Vichada

La Zona Homogénea Amazonía-Vichada, se halla compuesta por el Estado del Amazonas en Venezuela y el Departamento de Vichada en Colombia.



Mapa No. 1 Frontera Amazonas- Vichada

Indicadores Estado del Amazonas

Tabla No. 3 Generalidades del Estado del Amazonas

DATOS GENERALES DEL ESTADO DEL AMAZONAS	
Capital	Puerto Ayacucho
Extensión	180.144 Km ² . 19,17%. Es el segundo estado con mayor superficie en el país y representa el 20% del territorio nacional
División administrativa	(7) Atures, Atabapo, Maroa, Río Negro, Autana, Manapiare, Alto Orinoco. En Atures hay 4 parroquias: 2 urbanas y 2 rurales, sobre los ejes carreteros sur y norte. Rural: Platanillal y Parhueña Urbana: Luis Alberto Gómez; Fernando Girón.
Clima	28° C Precipitaciones entre los 3300 mm y los 3500 mm
Límites	Norte: Estado de Bolívar Este: Brasil y Estado de Bolívar Sur: Brasil Oeste: Colombia

Fuente: Gobierno en línea, 2006; Turismo Guayana, 2005; Funcionario 1, Puerto Ayacucho.

Diagnóstico Socio-Antropológico



Mapa No. 2. Estado del Amazonas

Fuente: Gobierno en línea, 2006.

Indicadores demográficos

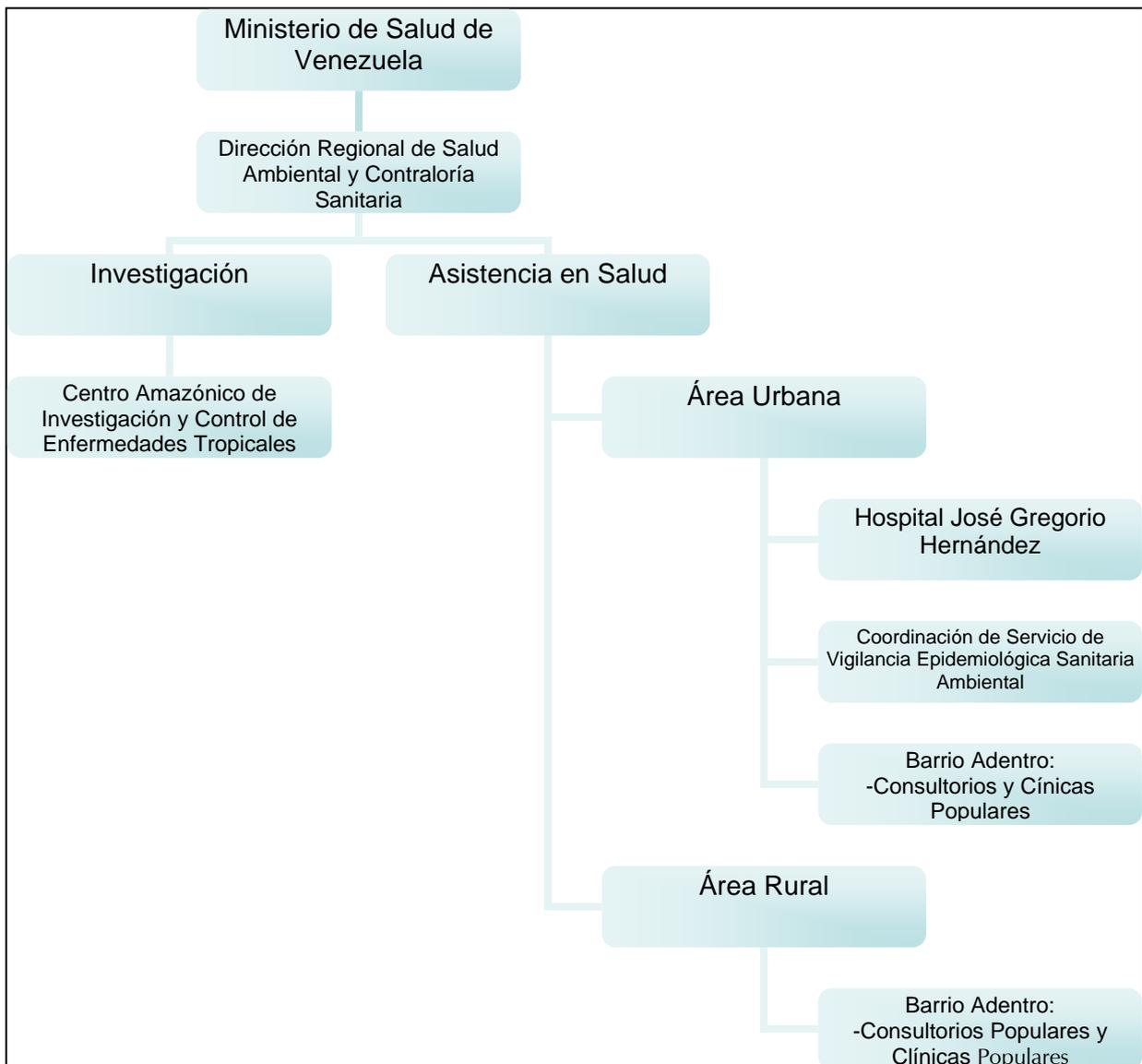
Tabla No. 4. Población

Población total	<p>La población del Estado Amazonas en el año 2006 se estima en 136.000 hab., mientras que en 2001 fue de 70.468, y en 1990 se censaban 55.715 hab.</p> <p>La densidad de población del Estado Amazonas es la más baja del país, aunque ha ascendido de 0,31 hab/km² en 1990 a 0,57% hab/km² en el año 2000. Domina la población con modos de vida rurales.</p> <p>Menos de cinco habitantes por kilometro cuadrado</p>
Puerto Ayacucho (2006)	<p>86.368 hab.</p> <p>70% de la población del Estado aprox.</p> <p>30 % del total de Puerto Ayacucho pertenece a grupo étnicos.</p>
Alto Orinoco	655 hab.
Maroa	890 hab.
Manapiare	991 hab.
Atabapo	3123 hab.
Atures	62824 hab.
Río Negro	1213 hab.
Autana	768 hab.
Población indígena	<p>59.718; acumulados en 649 Comunidades Indígenas, lo que equivale a 43% de la población total del Estado. Las etnias más numerosas corresponden a los grupos Yanomami, Guajibo Piara, Kurripako y Yekuana, reconociéndose otros quince grupos étnicos que se reparten en el territorio estatal. El Estado del Amazonas contiene el 14% de la población indígena del país</p>
Migración	<p>En el Estado de Amazonas el saldo migratorio fue de 2.803 para el período 1990-2001</p>
Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)	<p>En el Estado de Amazonas para un total de 14.045 hogares se encontró 3.770 con pobreza no extrema, 2.291 con pobreza extrema y 6.061 pobres.</p>
Índice de Desarrollo Humano (IDH) 2002	0,617

Concejo Nacional Electoral, 2005; Fundación Escuela de Gerencia Social-Ministerio de Planificación y Desarrollo, 2006; Instituto Nacional de Estadística [INE], 2001; 2005; 2006; Misión Guicapuro, 2004; Organización Panamericana de la Salud, 1998; Funcionario 20, Puerto Ayacucho.

Indicadores en salud

Gráfico No. 1. Prestadores de servicios de salud



Diagnóstico Socio-Antropológico

Tabla No. 4 Indicadores en salud

Tasa de mortalidad 2000	7,06
Esperanza de vida al nacer 2002	66,05
Tasa de morbilidad	1 x 1000 (en Venezuela)
Tasa de mortalidad infantil para 2004	35,9 x 1000
Tasa de morbilidad por Malaria	<0,1x100.000 (en Venezuela)
Tasa de mortalidad por Malaria en la etnia Yanomami para 1998	40,6 %
Incidencia en los casos de malaria	1,9 casos x 1000 habs. (2005) 1,8 casos x 1000 habs. (2004) 1,2 casos x 1000 habs. (2003)
Incidencia en Amazonas 2004	63,9 x 1000 habs.
Comparación por Estados del incremento en la mortalidad materna 1999-2003	269%
Distribución de puntos de consulta de Barrio Adentro	1 por cada 4078 habs.
Déficit de consultorio populares x cada 1200 habs.	-19
Recurso humano en salud a 2002	Médicos: 168 Enfermeras: 7 Odontólogos 46 Total: 221
Enfermedades y deficiencias de la nutrición y el metabolismo 1996	26,46%
Tasa de mortalidad por deficiencia en la nutrición 1993	17,4 x 100000 habs.
Camas por hospital en 2003	223

Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2003; Sociedad Venezolana de Infectología, 1999; PROVEA, 2006; Organización Panamericana de la Salud, 1998; EUMEDNET, 2000.

Economías locales

Tabla No. 5. Sectores de la economía

Actividades económicas	<p>La actividad económica es débil. En Puerto Ayacucho se reconocen mayores posibilidades de trabajo al ser centro portuario fluvial abierto al Eje Apure-Orinoco, contando con moderno aeropuerto y centro de servicios comerciales y administrativos, con numerosas oficinas de instituciones gubernamentales. También tienen opciones de desenvolvimiento económico las actividades artesanales, pequeña industria y turismo de aventura.</p> <p>Se reconocen actividades agrícolas en San Juan de Maniapare, abriéndose posibilidades económicas con la apertura de la carretera a Caicara del Orinoco. Otras actividades de agricultura extensiva se realizan en las diversas comunidades indígenas, con desenvolvimiento de actividades de pesca, caza, recolección y una admirable artesanía.</p>
Primarias	<p>Agropecuarios: Yuca, mapuey, ñame, plátanos, piña, peces ornamentales, balata.</p> <p>Forestales: Caucho, congrio, cuajo, guamo, yagrumo, zapatero, entre otros.</p>
Secundarias	<p>Industria: Artesanía</p> <p>Minerales: Oro, diamante, titanio, estaño, uranio y molibdeno</p>
Ingreso per capita 2002	Bs. 998.000 annual
Índice de Gini por entidades y según ingresos del hogar 1996	0,43

Fuente: PROVEA, 2006; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2002; Barrios, 2002.



Diagnóstico Socio-Antropológico



Saneamiento ambiental

Tabla No. 6. Indicadores en saneamiento ambiental

Contraloría Sanitaria	Control de calidad en alimentos Regulación de drogas y alimentos Regular orden territorial Control de calidad de agua residual y de consumo Control de servicios de salud
Salud Ambiental (Malariología)	Servicios de diagnóstico Fumigación y distribución de mosquiteros
Basuras	2 camiones recogen la basura en Puerto Ayacucho con una cobertura del 25% Hay vertedero (tirar la basura sin relleno). Se está programando un proyecto de planta recicladora de basura en el municipio de Atures.

Fuente: Funcionario 20, Puerto Ayacucho.

Servicios Públicos

Tabla No. 7. Cobertura de los servicios públicos

Cobertura de:	
Acueducto	50% De resto pozos profundos
Alcantarillado	No hay servicio de agua servida, de redes cloacales Se maneja pozos sépticos que
Electricidad	En el Estado de Amazonas en el año 1994 las viviendas familiares ocupadas con servicio eléctrico total: 7.416, aceptables: 6.462, inaceptables: 954
Vialidad	En el Estado de Amazonas en el año 1994 el número de viviendas familiares ocupadas con servicio de vialidad (calles pavimentadas) total: 4.147, aceptables: 3.936, inaceptables: 211
Condiciones de Vivienda	Viviendas familiares en el Estado de Amazonas total ocupadas = 9.706 y total desocupadas = 1.520
Déficit habitacional	En el Estado de Amazonas en 1990 es de: 1.114

Fuente: FEG, 1994

Sistema de Transporte

Tabla No. 8. Características de los sistemas de transporte

Medios:	Características:
Fluviales	Tradicionalmente, la forma más generalizada de transporte ha sido la fluvial. Los ejes fluviales del estado se caracterizan por presentar una gran diferencia de calado entre las épocas de lluvia y sequía. Del total aproximado de 1.976 km, de las principales rutas navegables, 417 km (21%) son navegables todo el año -tramos Puerto Samariapo, San Fernando de Atabapo y Victorino, San Carlos de Río Negro, Cocuy; los 1.559 km restantes presentan dificultades para su transitabilidad en época de sequía -tramo del Orinoco entre San Fernando de Atabapo y Platanal, los ríos Ventuari, Manapiare y el Brazo Casiquiare. El Puerto principal, con tránsito regular hacia Ciudad Bolívar y Ciudad Guayana, es Puerto Ayacucho
Terrestres	Eje carretero sur: Autobuses a toda hora comunican con todo el país. La carretera termina a 60 Km . al sur de Pto. Ayacucho (Puerto de Samariapo) Eje Carretero Norte: 12 horas a Caracas. La viabilidad existente alcanza apenas 643,4 km de carreteras, de las cuales el 33,63% están asfaltadas. Las rutas más importantes son: La carretera troncal N. 2 que penetra el territorio, desde Ciudad Bolívar -Caicara. La Urbana hasta Puerto Ayacucho y sigue a Samariapo; La ruta que procede de Caicara y Sabana Cardona, pasa al pie del cerro Guanay hasta San Juan de Manapiare. Las demás rutas terrestres son precarias (Yavita-Pimichín-Maroa; San Carlos-Solano) y de corto recorrido
Aéreos	A Caracas Línea Venezolana, 2 Vuelos diarios. Dentro del Estado de Amazonas: Wayumi – Aguaysa con avionetas cessnas viajan por toda la Amazonia

Fuentes: Funcionario 1, Puerto Ayacucho; Turismo Yutajé, 2004; A-Venezuela, 1999

Sistema de Educación

Tabla No. 9. Indicadores en educación

Número de instituciones en el Estado de Amazonas:	El número de planteles y centros de educación preescolar, básica y media en el período 2003/04 es 285 Oficiales y 15 Privadas para un total de: 300
Educación básica	Amazonas, período 2003/04 Total = 28.232
Matrícula de educación media diversificada y profesional	Amazonas, período 2003/04 Total = 3.041
Deserción	Educación Básica en el Estado de Amazonas en el Período 2002/03 = 2.167 Repitiente Educación Básica en el Estado de Amazonas en el Período 2002/03 = 3.508 Deserción en primer año de educación media diversificada en el Estado de Amazonas en el Período 2002/03 = 361 Matrícula repitiente de educación Media diversificada en el Estado de Amazonas en el Período 2002/03 = 298
Analfabetismo	Analfabetas por sexo en el año 2001 en el Estado de Amazonas: Hombres: 1.208; Mujeres: 2.204. Niños matriculados en el Estado de Amazonas en Preescolar formal en el período 2003-2004 = 6.341 Niños matriculados en Venezuela en Preescolar formal entre los 3-6 años en el período 2003-2004 en el sector Público = 756.187; Sector Privado = 158.733, para un total de 914.920 Matrícula de educación media diversificada y profesional por entidad federal: Total 3.041

Fuentes: FEG, 2001; 2004; Centro de Nacional de Universidades, 2004.



Diagnóstico Socio-Antropológico



Indicadores Departamento del Vichada

Tabla No. 10. Generalidades del departamento del Vichada

DATOS GENERALES DEL DEPARTAMENTO DEL VICHADA	
Capital	Puerto Carreño
Extensión	100.242 Km ²
Extensión que limita al norte y oriente con Venezuela	960 kms aprox.
División Administrativa	El departamento está dividido en 4 municipios (Puerto Carreño, La Primavera, Santa Rosalía y Cumaribo), 3 corregimientos departamentales, 25 inspecciones de policía y numerosos caseríos.
Clima	28° C
Límites	Norte: Río Meta; Casanare, Arauca y República de Venezuela. Este: Río Orinoco; República de Venezuela. Sur: Río Guaviare; Guanía y Guaviare Oeste: Meta y Casanare.

Fuentes: Gobernación del Vichada, 2004; Colombia Interactiva, 2000; Funcionario 20, Puerto Ayacucho.

Diagnóstico Socio-Antropológico



Mapa No. 3 Departamento del Vichada

Sijuco, 2006.

Demografía

Tabla No.11 Indicadores poblacionales

Población total	96.138
Puerto Carreño	17.737
La Primavera	15.095
Santa Rosalía	3.491
Cumaribo	59.815
Población urbana	16,28%
Población rural	83,72%
Población indígena	23.262, cifra que muestra una participación del 25% frente al total de la población departamental; sin embargo, se llega a pensar que existe un subregistro, por lo que se estima que cerca del 50% de la población departamental es indígena. Sin embargo Funcionario 7 afirmó que el 70% era indígena
Desplazamientos (2006)	Hogares recibidos: 466 Personas recibidas: 1821 Hogares expulsados: 923 Personas expulsadas: 3761
Índice de Necesidades Básicas (NBI)	89,9% (2000) 23,3% vive en condiciones de miseria, 2000. 88,92% (2005)
NBI Puerto Carreño (2000)	56,72
NBI La Primavera (2000)	85,81
NBI Santa Rosalía (2000)	100,00
NBI Cumaribo (2000)	100,00
Índice de Desarrollo Humano (IDH) 2002	0,75
Tasa de homicidios x 1000 hab. (2004)	7

Acción Social, 2006; DANE 2005; Gobernación del Vichada, 2004; Universidad de los Andes, Facultad de Economía, 2004; Funcionario 7, Puerto Carreño.

Salud

Gráfica No.2 Organigrama sector salud-Vichada

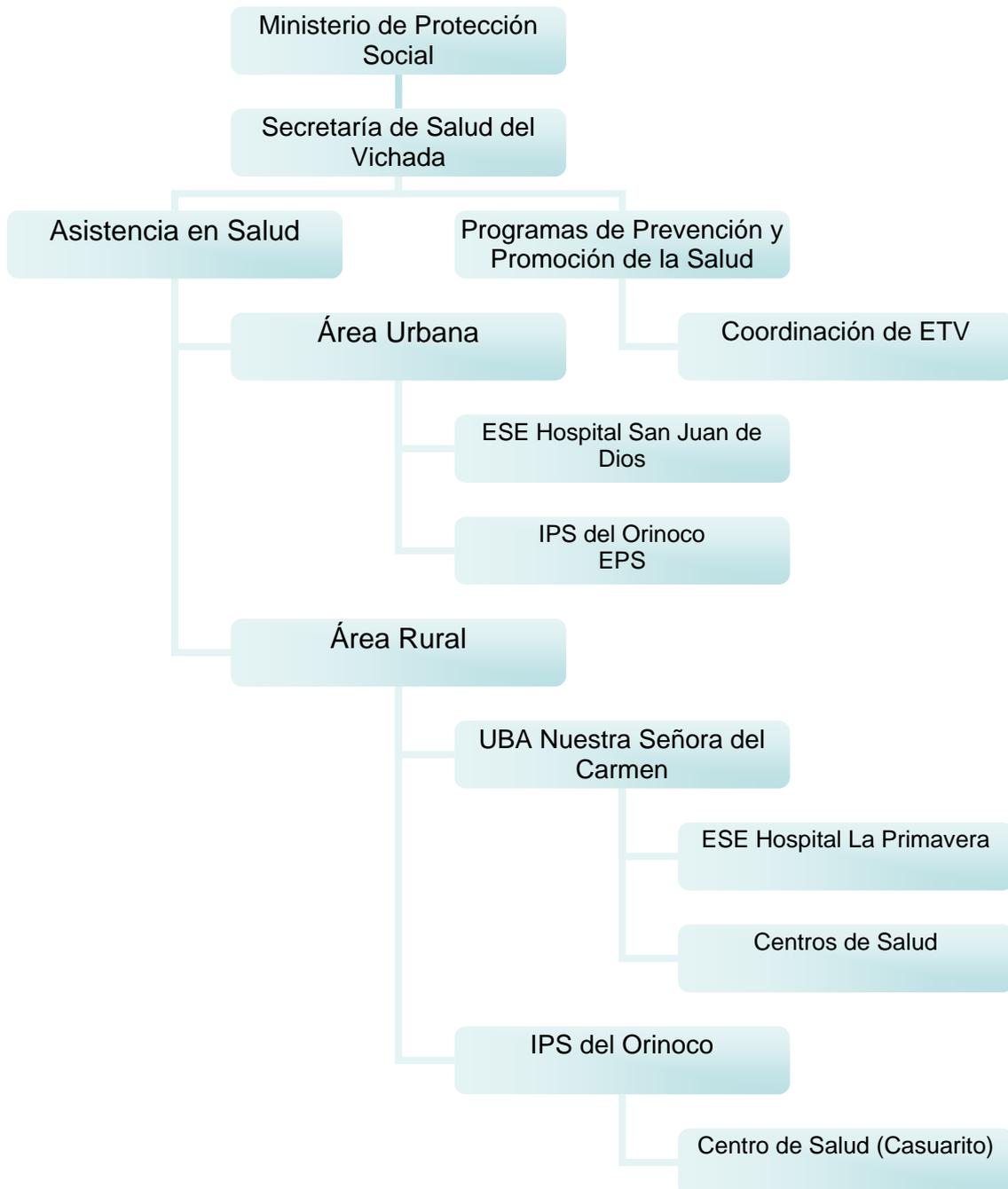


Tabla No. 12 Indicadores de salud - Vichada

Asistencia en salud	Hospital San Juan de Dios/Nivel 2 (ESE) Hospital La Primavera/Nivel 1 (UBA/ESE) 25 Centros de Salud rurales de los cuales sólo funciona el 20% por crisis financiera de la UBA.
Tasa de mortalidad 2000-2005	6.40 X 1000 hab.
Expectativa de vida al nacer hombres 2000-2005	64,01
Expectativa de vida al nacer mujeres 2000-2005	69,52
Tasa de mortalidad infantil x 1000 nacidos vivos 2000-2005	54,5
Tasa de bruta de mortalidad x 1000 hab. 2000-2005	6,4
Tasa de morbilidad por Malaria (2006)	Consolidado Departamental No. Casos = 1,906 Tasa x 1000 = 19.83
Número de casos de Malaria para 2001	1539
Índice Parasitario Anual 2001	24.4
Desnutrición global en menores de 5 años (1999)	11%

Universidad de los Andes, 2004; 2004a; Coordinación de Enfermedades de Transmisión por Vector, 2006; SIVIGILA, 2001; Gobernación del Vichada, 1990; Funcionario 10, Puerto Carreño.

Economía

Tabla No. 12 Indicadores económicos-Vichada

Actividades económicas	La economía del Vichada tiene como principales actividades la ganadería, el comercio y la agricultura
Primarias	Ganadería y agricultura
Secundarias	En la explotación minera se tienen perspectivas para la extracción de titanio y la exploración petrolera. Productos artesanales, manufacturas en cuero, las confecciones textiles y fabricación de escobas con la palma del chiqui-chiqui.
Ingreso per. capita 2002	2.329.745
Producto Interno Bruto (PIB) 2000	161.287
Producto Interno Bruto (PIB) 2002	233,048
Producto Interno Bruto (PIB) 2003 millones a precios constantes de 1994	96.793 Participación porcentual del PIB Departamental a nivel nacional, a precios constantes de 1994, 2003 = 0,12%

Instituto Geográfico Agustín Codazzi [IGAC], 1994; Universidad de los Andes, 2004; DANE, 1994; Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales DIAN, 2000.

Saneamiento ambiental

Tabla No. 13 Indicadores Saneamiento Ambiental-Vichada

Manejo de Aguas negras y desechos	El 70% de la población, en Puerto Carreño, cuentan con pozo séptico. En los municipios de La Primavera, Santa Rosalía y Cumaribo el 100% de la población utiliza pozo séptico.
Basuras	En Puerto Carreño existe solo un camión que cada 3 días recoge las basuras y las arroja en un basurero que queda a 5 Km. de la zona urbana de Puerto Carreño y es de categoría a cielo abierto. Dado que el camión tiene deficiente mantenimiento los habitantes optan por quemar sus basureros en sus casas, con los peligros que esto conlleva para la salud y el medio ambiente. En los municipios La Primavera, Santa Rosalía y Cumaribo la basura es incinerada en un 100%.
Inservibles	En los municipios del departamento de Vichada no hay selección de basuras por lo que todos los inservibles se destruyen mediante la quema en las viviendas de habitación.

Instituto Geográfico Agustín Codazzi IGAC, 1994; Funcionario 17, Puerto Carreño.

Servicios públicos

Tabla No. Indicadores Servicios Públicos-Vichada

Cobertura de:	
Alcantarillado	Alcantarillado (%) (1993) 5,6 15% (2003) Cobertura En Puerto Carreño se van a llevar a cabo los siguientes proyectos: Construcción del Alcantarillado Sanitario I Etapa con una asignación presupuestal de 2.297 millones de pesos; y mejoramiento de la planta tratamiento de agua y ampliación del tanque de almacenamiento de agua potable con una asignación presupuestal de 287 millones de pesos
Acueducto	40% (2003) 19,9% (1993) La comunidad de Casuarito no cuenta con acueducto y alcantarillado. Para el abastecimiento de agua recurre al río Orinoco, la cual es almacenada en un tanque y sin ningún tratamiento se distribuye a las viviendas. Además de pozos subterráneos, almacenan agua lluvia. Las aguas servidas, desechos y residuos sólidos de las personas que habitan allí son volcadas al río Orinoco.
Electricidad (2004)	44% Cobertura
Comunicaciones (2004)	Líneas Telefónicas= 696, Hay Servicio de Internet

Universidad de los Andes, 2004; Instituto Geográfico Agustín Codazzi IGAC, 1994; Sistema de Vigilancia en Salud Pública [SIVIGILA], 2003.

Sistema de transporte

Tabla No. 14 Medios de Transporte y Comunicación

Medios:	
Fluviales	Los ríos constituyen importantes vías de comunicación entre los poblados más pequeños; el transporte fluvial se realiza principalmente por los ríos Orinoco, Meta y Vichada. El Departamento hace parte de la intendencia fluvial del Orinoco la cuál tiene allí sus sedes de inspección fluvial.
Terrestres	Longitud total de vías 1233 Km en el año 2004. El esquema general de las vías terrestres se presenta de oriente a occidente, con dos grandes ramales, el viento Santa Rita, La Linera y Puerto Carreño, los cuales comunican estas poblaciones apartadas con otras de la Orinoquia; en la época seca es fácil atravesar en automotor toda la llanura.
Aéreos	Se dispone de 5 aeródromos en el año 1996, al 2004 se cuenta con 18 que prestan servicio regular entre las poblaciones y áreas de la región de la Orinoquia y con la Capital del país. Existe un aeropuerto de categoría C en Pto Carreño en el cual se realizan operaciones de carga, pasajeros y militares.

Universidad de los Andes, 2004; Ministerio de Comercio Exterior, 2005.

Sistema de educación

Tabla No. 15 Indicadores Educación - Vichada

Educación preescolar	En el año 1996 las cabeceras municipales cuentan con tres establecimientos de preescolar, 179 alumnos y 20 profesores																					
Educación primaria	10 establecimientos de primaria, 1.531 alumnos y 76 profesores. El sector rural cuenta con 110 establecimientos de primaria, 4.653 alumnos y 210 profesores																					
Educación media	3 establecimientos de educación media, 889 alumnos y 47 profesores. El sector rural cuenta con 4 establecimientos de educación media, 418 alumnos y 42 profesores.																					
Analfabetismo en mayores de 15 años (1993)	18,59 %																					
Población total y población en edad escolar para 2004	El Departamento de Vichada tiene menos de la sexta parte de su población en zona urbana. Ninguno de sus municipios está certificado para el manejo autónomo de la educación. La población objeto del sistema educativo formal supera los 40.000 niños y jóvenes en el Departamento en 2004. Tres cuartas partes de ellos con edades entre 5 y 17 años.																					
Educación técnica	Además el SENA en 1994 dictó 115 cursos a 1.834 alumnos.																					
Cobertura: matrículas por niveles y sector 2004	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Total</th> <th>Oficial</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Prejardín Y Jardín</td> <td>285</td> <td>259</td> </tr> <tr> <td>Transición</td> <td>947</td> <td>942</td> </tr> <tr> <td>Básica Primaria</td> <td>11.240</td> <td>11.228</td> </tr> <tr> <td>Básica Secundaria</td> <td>2.744</td> <td>2.744</td> </tr> <tr> <td>Media</td> <td>664</td> <td>664</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>15.880</td> <td>15.837</td> </tr> </tbody> </table>		Total	Oficial	Prejardín Y Jardín	285	259	Transición	947	942	Básica Primaria	11.240	11.228	Básica Secundaria	2.744	2.744	Media	664	664	Total	15.880	15.837
	Total	Oficial																				
Prejardín Y Jardín	285	259																				
Transición	947	942																				
Básica Primaria	11.240	11.228																				
Básica Secundaria	2.744	2.744																				
Media	664	664																				
Total	15.880	15.837																				
Tasa bruta de cobertura escolar (2003)	50%																					
Alumnos por profesor (2003)	24,6																					

Instituto Geográfico Agustín Codazzi IGAC, 1996; Ministerio de Educación Nacional, 2003; Universidad de los Andes, 2004

2. DINÁMICAS SOCIALES ZONA HOMOGÉNEA

ESTADO DEL AMAZONAS-DEPARTAMENTO DEL VICHADA

Tipos de proveedores en salud

Tabla No. 16 Proveedores en Salud Zona Homogénea

Tipo	Región Puerto Ayacucho	Región Puerto Carreño	Personal
Medicina natural	Medicina Natural	Medicina Natural	Curanderos
Medicina tradicional	Medicina Chamanica	Medicina Chamanica	Chaman
Biomedicina:			
1. Población Urbana	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital José Gregorio Hernández • Ambulatorios Nivel 1 y 2 • Consultorios Populares (Barrio Adentro) • Clínicas Populares (Barrio Adentro) • Malariología • Clínica CERPA • Clínica Amazonas 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital San Juan de Dios • IPS del Orinoco • UBA Nuestra Señora del Carmen • ESE Hospital de la Primavera 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicos, • Enfermería • Auxiliares de medicina simplificada • Promotores en salud
2. Población Rural	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorios Nivel 2 • Clínicas Populares 	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliares de medicina simplificada • Auxiliares de ETV
3. Vinculación	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura gratuita de toda la población 	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría de Salud • EPS • SISBEN 	



Diagnóstico Socio-Antropológico



Participación social

En la región venezolana, el constante contacto con personal de salud del CAICET, ha fortalecido los vínculos entre las etnias de la zona y dicho personal. La base de dicho fortalecimiento consiste en un proceso de relaciones sociales basado en políticas multiculturales. El CAICET ha venido ofreciendo sus servicios a los diversos grupos étnicos de la zona de manera tal que no se impone el servicio sino que se permite la elección del mismo por parte de las etnias de la zona. Este tipo de políticas amortigua la desconfianza que en algunos grupos étnicos se tiene hacia las instituciones del Estado, y que ha sido el resultado de los procesos de aculturación que se han llevado a cabo a lo largo de la historia indígena y su relación con la cultura Occidental.

Como resultado de dicho fortalecimiento en los vínculos entre grupos étnicos y personal de salud, se ha presentado un incremento en la petición de servicios de salud por parte de los indígenas de la zona. Grupos de personas de diferentes etnias, liderados por los caciques de las comunidades, se acercan al CAICET demandando la presencia de equipos en salud que presten servicios de diagnóstico y tratamiento y, adicionalmente, demandando equipos en salud que los instruyan acerca de la forma de contagio de la malaria, su sintomatología y la forma adecuada de llevar a cabo el tratamiento a pesar de sus contraindicaciones (Funcionario 22, Puerto Ayacucho).

Como consecuencia, el canal de comunicación entre los grupos étnicos y el personal de salud, se ha consolidado de tal forma que el diagnóstico y tratamiento de la malaria se realiza mediante mutuo consenso generando eficiencia en las dinámicas sociales que acompañan dichos procesos. Este tipo de eficiencia produce un impacto directo en la tasa de morbilidad, prevalencia e incidencia de la malaria en los grupos étnicos (Funcionario 3, Puerto Ayacucho).



Diagnóstico Socio-Antropológico

En contraste, en la región colombiana la carencia de personal con conocimientos en multiculturalidad, no ha permitido establecer una participación social activa de los grupos étnicos con las instituciones en salud, entre otras razones, porque no hay traductores bilingües que permitan un canal de comunicación óptimo. La ausencia de participación social activa se debe no sólo a la falta de bilingüismo, sino también a que los programas en salud se realizan desde las instituciones, sin consenso de los grupos étnicos, por lo cual muchas veces representan una amenaza, de acuerdo a las representaciones sociales de los líderes étnicos, para la conservación de su cultura “(...) [el personal en salud] llega a la comunidad y vacuna o diagnóstica sin que nosotros lo hayamos pedido. Nuestra intención es que recurramos primero a nuestra medicina y luego a los médicos. Por eso esas llegadas repentinas son un impedimento para la conservación de nuestra cultura” (Entrevista 3, Guahibo, Puerto Carreño).

En consecuencia, no se establece una dinámica social eficiente en torno a los proyectos en salud del Estado y su recepción en los grupos étnicos. El resultado inmediato de esta fractura en las relaciones biculturales es la falta de un canal de comunicación cultural adecuado con el cual se optimicen las operaciones de diagnóstico y tratamiento, y se difundan los conocimientos biomédicos sin alterar el orden social de los grupos étnicos. Esta fractura en los procesos de comunicación y las dinámicas sociales constituye un determinante social negativo sobre la morbilidad de la zona y la ausencia de un sistema cognitivo en torno a la prevención de las enfermedades. Esto sucede en razón de que dicha fractura no estimula la asimilación de una cultura biomédica entre las comunidades étnicas, por lo cual la distancia cultural entre éstas y el personal de salud se expande, impidiendo la difusión del diagnóstico, tratamiento y conocimiento biomédico de las ETV.

Con relación a los colonos y mestizos de la zona, se destaca la disfunción de los grupos de participación social de la región colombiana. Las Juntas de Acción Comunal de esta área se han vinculado a intereses políticos particulares, por lo cual su agencia se limita

Diagnóstico Socio-Antropológico

a la satisfacción de dichos intereses, dejando de lado las necesidades en salud de la comunidad. A tal grado a llegado el conflicto de politización en las Juntas que estas se extinguieron en su totalidad (Funcionario 10, Puerto Carreño).

Algo similar ocurre con los Concejos Comunales de la región venezolana. Su incorporación a intereses políticos ha generado estrategias clientelistas que han repercutido sobre la difusión de la malaria. Este es el caso de un programa de cobertura en servicios de agua potable para el barrio Guacharaco.

Durante el periodo de elecciones se construyeron tanques de agua para el abastecimiento de agua potable en dicho barrio. La construcción de dichos tanques tenía como propósito estimular la votación hacia un candidato en particular, por lo cual en la medida en que se construyeron los tanques se le hizo saber a las personas beneficiadas que el presidente del Concejo Comunal era respaldado y respaldaba a dicho candidato. Esta política clientelista no tuvo en cuenta que la construcción de dichos tanques estimuló la proliferación de criaderos en el barrio, ya que algunas personas no los usaron y al llover, los tanques se llenaban de agua, estableciendo un ambiente propicio para la cría de anophelinos.



Tanque de agua abandonado

Diagnóstico Socio-Antropológico



Interior del taque: criadero de anofelinos

De esta forma, el proceso de politización de la participación social, conllevó a una enajenación de los Concejos Comunales y las Juntas de Acción Comunal frente a las necesidades de la población colona y mestiza. Esta enajenación trajo consigo no sólo la desarticulación de una dinámica social con potencial para el mejoramiento de la salud desde el punto de vista de una difusión de estrategias preventivas desde la población misma, sino también el aumento de la incidencia en malaria a causa del establecimiento de sitios propicios para la cría del vector.

Por otra parte, los Comités en Salud que funcionan en los barrio de Puerto Ayacucho, como parte de la estructura en salud de barrio adentro, tienen por objetivo la evaluación de la calidad en asistencia en salud de su barrio, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Sin embargo, los Comités en Salud muchas veces no realizan estas actividades de manera eficiente en razón de que sus integrantes tienen otras prioridades (Funcionario 21, Puerto Ayacucho). Por esta razón, los Comités en Salud constituyen una gran herramienta de participación social que se ve truncada por las prioridades de vida de sus integrantes. En consecuencia, se pierde un organismo de promoción de la salud y prevención de las enfermedades que de

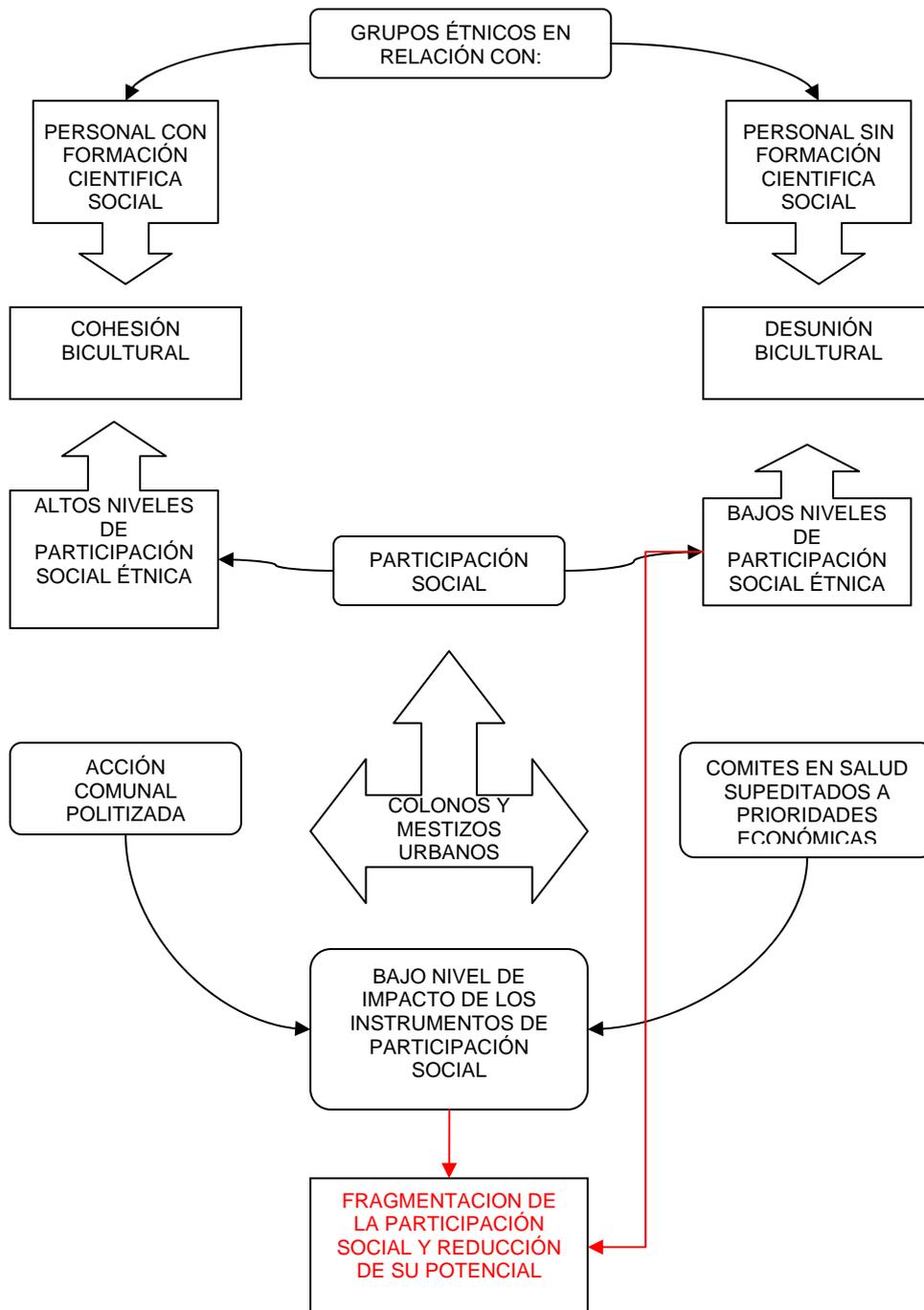


Diagnóstico Socio-Antropológico

funcionar de manera adecuada, generaría un impacto sobre la cultura en salud y, por consiguiente, en las tasas de morbilidad, prevalencia e incidencia de la malaria.

Esto mismo sucede en el caso colombiano, en el cual según las políticas ministeriales se deben organizar diversos tipos de comités de participación social. Sin embargo, la falta de incentivos económicos y la condición de voluntariado de estas organizaciones, no motivan a la población a participar a través de estos por lo cual dichos comités no se encuentran en funcionamiento.

La politización de los medios de participación social, como agente externo de influencia negativa, y las influencias negativas desde su interior (sustitución de prioridades en los Comités de Salud), genera, finalmente, una fragmentación de la participación social, impidiendo un tejido de redes sociales y una organización de la participación social cuyo impacto sobre la población pueda influir sobre los indicadores epidemiológicos del paludismo.



MAPA CONCEPTUAL DINÁMICAS SOCIALES



Diagnóstico Socio-Antropológico



Sistemas de transporte

Los sistemas de transporte de la zona homogénea presentan un déficit en cuanto a vías terrestres se refiere. En la región de Puerto Carreño, la carretera que proviene desde Villavicencio se hace intransitable en la época de lluvias, por lo cual el único acceso a la ciudad es vía aérea. Así mismo, el tránsito vial entre municipios es inexistente: se debe viajar en avión desde Villavicencio para llegar a La Primavera o a través de transporte fluvial (Puerto Carreño- La Primavera: 9 horas), sólo en la temporada de invierno. Así mismo sucede con el municipio de Santa Rosalía y Cumaribo (Puerto Carreño-Santa Rosalía: 11 horas). No hay conexión con los municipios de manera directa. Análogamente, el eje carretero sur de la región de Puerto Ayacucho, con el cual se establece una vía de penetración hacia el interior del Estado, sólo alcanza hasta el límite sur del Municipio de Atures. De ahí en adelante, se debe transitar por vías fluviales, lo cual resulta más dispendioso y costoso.

En consecuencia, el acceso a servicios de salud en el interior la zona homogénea resulta muy costoso o dispendioso debido a la falta de sistemas de transporte en la región. Las consecuencias directas de esta inviabilidad a lo largo de la zona homogéneas son las siguientes:

- Imposibilidad de acceso a los centros de asistencia en salud rurales.
- Dificultad en el acceso del personal de salud para la vigilancia, diagnóstico y control de la malaria en las zonas rurales.
- Retraso o imposibilidad de los puntos de notificación en cuanto al envío del registro de los casos de malaria en las zonas rurales.
- Imposibilidad de supervisión del personal de salud residente en el interior de la zona homogénea sobre el personal rural, y su consecuente deterioro en la calidad de los servicios (Funcionario 12, Puerto Carreño)



Diagnóstico Socio-Antropológico

- Imposibilidad de cobertura en cuanto a asistencia en salud y registro de casos en los asentamientos rurales más alejados de las vegas fluviales.
- El alto costo de la gasolina para el transporte fluvial, en el caso colombiano, genera la imposibilidad de realizar un ejercicio continuo de proyectos activos y no pasivos de control y vigilancia de ETV.

Así, la carencia de servicios de transporte adecuados en la zona homogénea, constituye un determinante social que influye directamente sobre la difusión de la malaria. La suma e interrelación de los aspectos listados anteriormente, determina, socialmente, la persistencia de la condición endémica a lo largo y ancho, y sobre todo en las áreas interiores, de la zona homogénea.

Servicios públicos

En Puerto Ayacucho se cuenta con la unidad de saneamiento ambiental, la cual mediante la sección de Contraloría Sanitaria regula y supervisa la calidad de los servicios públicos en la zona, y también se encarga de vigilar el manejo de aguas servidas, residuales y de consumo. En Puerto Carreño, la Secretaría de Salud del Vichada se encarga de estas mismas labores mediante la Unidad Operativa de Saneamiento Ambiental. Con respecto al acueducto, en Puerto Ayacucho la Corporación Venezolana Guyana en convenio con la Alcaldía de Puerto Ayacucho, se encargan de proveer el agua potable a toda la ciudad. En Puerto Carreño sólo la Alcaldía se encarga de dicha función y la desempeña mediante la extracción con motobomba del agua del río Orinoco, un proceso superficial de higienización de la misma (drenaje por piedrilla y arenilla) y la distribución por la ciudad.

Con respecto al servicio de luz, Puerto Carreño cuenta desde hace un año con el servicio proveniente de Venezuela, por lo cual su cobertura y duración (24 horas) se expandieron notablemente.

Diagnóstico Socio-Antropológico

La baja cobertura de servicios públicos adecuados en las ciudades de Puerto Ayacucho y Puerto Carreño presenta un factor de riesgo para el contagio de enfermedades endémicas. La razón principal de la baja cobertura es la falta de planificación urbana y el crecimiento acelerado de la ciudad durante los últimos cinco años, en el caso de Puerto Ayacucho, y en el caso de Puerto Carreño la carencia de recursos humanos y económicos para el desarrollo de dichos planes. En ambas ciudades se carece de un sistema de planificación y políticas sanitarias urbanas en su totalidad.



Tubo de aguas negras en estado de deterioro

Diagnóstico Socio-Antropológico



Alcantarillado que desemboca directamente al río Orinoco

Debido a estos factores, la construcción de infraestructura en estas ciudades se realiza de manera desorganizada, y el extracto de materia prima para la misma no es regulado por los organismos de control (Contraloría Sanitaria y Secretaría de Salud), por lo cual su impacto sobre el medio ambiente y la salud es alto. A manera de ejemplo se puede citar la extracción de arenilla para la construcción de suburbios, actividad que deja enormes pozos en el área peri-urbana, los cuales eventualmente se convierten en criaderos de anophelinos.

La falta de planificación urbana también se refleja en el manejo inadecuado de la basura, de las aguas servidas, de las aguas residuales y la falta de una vialidad adecuada. En este sentido, la baja cobertura de alcantarillado y acueducto induce a la perforación no planificada de pozos sépticos, pozos profundos y aljibes por parte de la población colona, mestiza e indígena. En razón de dicha falta de planificación, los pozos sépticos muchas veces se sitúan próximos a los pozos profundos, por lo cual se mezclan los dos tipos de aguas, sobre todo, en los barrios marginales. Así mismo, los pozos sépticos se desbordan en la época de lluvias debido al incremento en el nivel freático. Paralelamente, los aljibes, en el caso de Puerto Carreño, permanecen sin tapa, no se lavan y no se les hace mantenimiento, por lo cual se convierten en reservorios de vectores y fuentes de riesgo para las EDA (Enfermedad Diarreica Aguda).

Diagnóstico Socio-Antropológico

Con respecto al relleno sanitario o vertedero de basuras en Puerto Carreño y Puerto Ayacucho, éste se halla próximo a asentamientos de grupos étnicos. De acuerdo a su cultura de caza y recolección (Amorúa, Sikuani), dichos grupos usan los vertederos de basura como un yacimiento de recolección de recursos para su subsistencia, lo cual los sitúa en un alto riesgo de contagio de enfermedades. Se han diseñado estrategias para evacuar a estos grupos étnicos del perímetro de los vertederos, pero debido a que la basura constituye su medio de subsistencia, las estrategias no han tenido éxito. Se plantea acá la necesidad del Estado de aceptar estos estilos de vida étnicos, pero de regularlos de tal forma que se reduzca el riesgo de contagio de enfermedades y su difusión.



Indígenas Amorúa y Sikuani reciclando en el vertedero municipal de Puerto Carreño

Diagnóstico Socio-Antropológico



Pozos de extracción de arenilla que rodean el vertedero municipal de Puerto Carreño. Estos se constituyen como criaderos de anofelinos

En el caso de la población rural, los planes de saneamiento se hallan obstaculizados por el difícil acceso a las áreas rurales, factor que se suma a hecho de que la población se halle dispersa por el territorio, de forma tal que cubrirla en su totalidad resulta muy complejo. En el caso de Puerto Carreño, se destaca la contradicción entre el envío de funcionarios públicos a las áreas rurales con propósitos de llevar a cabo acciones de saneamiento, y la ausencia de obras de este tipo. Desde la perspectiva de los funcionarios de la Secretaría de Salud del Vichada, esto sucede en razón de dinámicas sociales corruptas (Funcionario 10, Puerto Carreño).

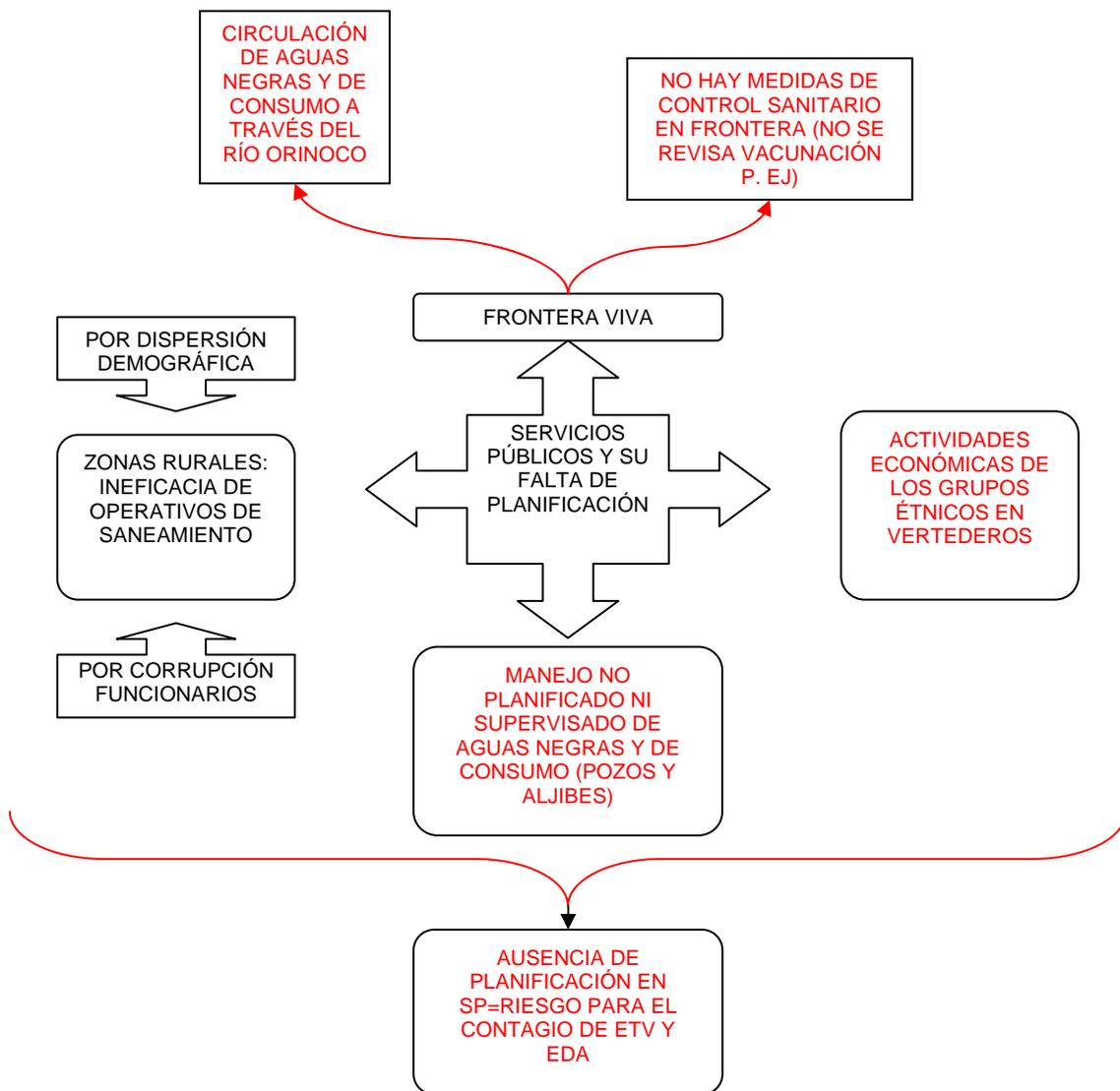
Finalmente, con relación a frontera viva, la ciudad de Puerto Ayacucho no goza de un manejo de aguas negras por lo cual estas van a dar al río Orinoco directamente. Paralelamente, el corregimiento de Casuarito y la ciudad de Puerto Carreño extraen de este mismo río el agua para el consumo de la población, sin que ésta se trate más allá de un tratamiento superficial. Por esta razón, se establece otro factor de riesgo en cuanto a salud debido al consumo de agua contaminada en estos dos asentamientos.



Diagnóstico Socio-Antropológico



En conclusión, las dinámicas sociales de la población alrededor de núcleos urbanos carentes de planificación y, por lo tanto, de cobertura en servicios públicos, presenta un factor de riesgo en torno al contagio de enfermedades endémicas (Funcionario 20, Puerto Ayacucho; Funcionario 10 Puerto Carreño).



MAPA CONCEPTUAL DINÁMICAS SOCIALES FRONTERA VIVA



Diagnóstico Socio-Antropológico



Sistemas educativos

En las áreas rurales de la zona se ubican escuelas para la educación de colonos y grupos étnicos. Estas últimas se caracterizan por el fomento de la etnoeducación, de tal forma que se trata de contratar a profesores bilingües que enseñen no sólo las diversas lenguas indígenas, sino también las tradiciones culturales ancestrales de estos grupos.

En la ciudad, existen establecimientos de educación básica primaria y secundaria a nivel público. También existen colegios o liceos privados, como el María Mazzarello de Puerto Ayacucho, donde se están educando a personas de los grupos étnicos. La variación en el número de escuelas entre la región de Puerto Carreño y Puerto Ayacucho es directamente proporcional a la densidad demográfica de cada uno de estos núcleos urbanos.

Con respecto a educación técnica y profesional, en Puerto Carreño se encuentra el SENA (Servicio Nacional de Aprendizaje), en tanto que en Venezuela funcionan las Instituciones de Educación Superior y Formación Técnica. En el caso de Puerto Carreño, el SENA se desempeña a nivel regional, siendo un organismo autónomo, con recursos propios para la educación.

Los casos de deserción estudiantil en torno a educación básica primaria y secundaria son pocos. El problema de la educación se enfoca no en la deserción estudiantil sino en la falta de función práctica de la educación: después del bachillerato, las personas no representan socialmente sus esfuerzos para ser bachilleres como algo útil debido a que la zona no ofrece oportunidades de empleo en razón de la carencia de actividades económicas terciarias en la zona.



Diagnóstico Socio-Antropológico

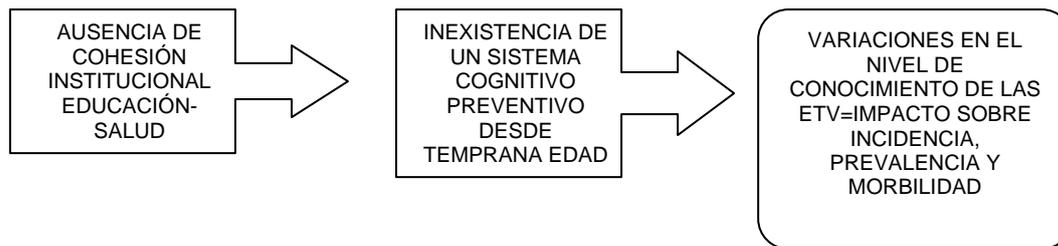


Por otra parte, las dinámicas sociales en cuanto a la relación del personal de salud y las instituciones educativas, se hallan obstaculizadas por la falta de integración entre estas dos áreas. En el caso venezolano, no existía, hasta hace 3 años, una adecuada infraestructura educativa en las áreas de asentamiento étnico. En razón de esto, no se podía establecer una dinámica social educativa en cuanto a prevención y promoción. Actualmente, la infraestructura está dada por lo cual el malariología, hoy día la Coordinación de de Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Sanitaria Ambiental y hace un año Endemias Rurales, está iniciando el diseño de proyectos educativos en salud.

En el caso colombiano, existe una fractura entre las entidades de Salud Pública y las entidades educativas. A pesar de que el personal vinculado a Salud ha tratado de llevar a cabo iniciativas en educación en salud, el personal de las instituciones educativas declara que dicha actividad no les compete, por lo cual no se ha podido establecer un proyecto preventivo desde las insituciones educativas (Entrevista Funcionario 10, Puerto Carreño).

Siendo esta la situación de las dinámicas sociales en educación, hoy día no se está aprovechando el recurso humano de éstas para desarrollar planes preventivos en la zona. Como consecuencia, se pueden notar diferentes niveles de conocimiento acerca de las ETV, en particular de la malaria, a lo largo y ancho de la población colona, mestiza y étnica. Este último aspecto se tratará con mayor profundidad en la sección de representaciones sociales de salud y enfermedad.

MAPA CONCEPTUAL DINAMICAS EDUACIÓN EN SALUD



Economías locales

La dinámica socio económica de la zona responde a actividades primarias y secundarias de la economía. Actividades económicas tales como la pesca y la agricultura en la vega de los ríos, no se llevan a cabo con base en medidas preventivas; se realizan en pantalón de baño, sin la aplicación de repelentes y en las horas en las cuales el anopheles se alimenta.

Por otra parte, la población de la zona se halla compuesta por personal de seguridad, Fuerzas Armadas de Colombia y Guardia de Venezuela, que llevan a cabo patrullajes a lo largo de la frontera entre estas dos naciones. Este tipo de actividad ha generado brotes de malaria debido a que el personal de seguridad constituye una población flotante cuyo origen se remonta a las capitales. En razón de estos dos factores, el personal de seguridad es vulnerable frente al contagio de las ETV, debido a que no ha desarrollado el sistema inmunológico propio de un mestizo, un indígena o un colono con años de residencia en la zona.



Diagnóstico Socio-Antropológico

Por esta razón, el personal de seguridad que opera en la región muchas veces se convierte en un foco epidémico que, mediante sus actividades, difunde la malaria por la población. Este es el caso de un personal de seguridad que asentado en el corregimiento de Casuarito, caserío en frente de Puerto Ayacucho, se contagio de malaria y difundieron la infección parasitaria por todo el corregimiento y parte de la ciudad de Puerto Ayacucho. Después de un plan de control epidémico llevado a cabo por la Secretaría de Salud del Vichada, se logro contener la difusión de la enfermedad. Pero pasados seis meses, el personal de seguridad fue renovado, razón por la cual arribó un personal vulnerable y se repitió el brote malárico.

En el caso de las áreas rurales, se destaca la actividad económica ilegal que lleva a cabo el frente 16 de las FARC en el alto Vichada. La siembra y procesamiento de coca, estimula la movilidad geográfica de colonos de otras regiones (Meta, Guanía, p.ej), los cuales se movilizan sin medidas de prevención alguna y trabajan de la misma forma en las horas críticas, es decir de seis de la tarde a cinco de la mañana, en pantalón de baño, sin repelentes y, adicionalmente, sin el sistema inmunológico de un habitante nativo de la región o con años de residencia en la zona.

Así mismo, existe en la zona un mercado comercio ilegal de gasolina, coca y oro. Ya que estas actividades representan un alto riesgo para el aumento de la incidencia y prevalencia de malaria, se han desarrollado con mayor extensión en la sección Trayectorias de Riesgo.

Por esta razón, las actividades económicas legales e ilegales representan un riesgo frente al contagio de enfermedades endémicas, incluyendo la malaria, debido a la carencia de un sistema cognitivo preventivo y su consecuente falta de prácticas preventivas.



Diagnóstico Socio-Antropológico



Servicios en salud

La Asistencia en Salud, en la región de Puerto Ayacucho, cuenta con el Hospital José Gregorio Hernández (Nivel 2), Malariología y el CAICET, dos centros de atención para diagnóstico (toma y lectura e gota gruesa) y, finalmente, los Ambulatorios de Nivel 1 y 2 que están en proceso de transformación en Consultorios Populares y Clínicas Populares, respectivamente, como parte del programa Misión Barrio Adentro cuya aplicación se está llevando a cabo en toda la nación venezolana (Funcionarios 25, 26, Puerto Ayacucho).

Paralelamente, se encuentran en funcionamiento las Clínicas Amazonas y CERPA, las cuales prestan sus servicios mediante la vinculación a servicios de seguridad en salud (Seguros la Seguridad, p.ej) y el pago particular.

En el área rural se encuentran Ambulatorios Nivel 1 y 2, en proceso de integrarse a la Misión Barrio adentro, en los cuales presta servicios un Auxiliar de Medicina Simplificada, el cual asiste en procedimientos de Salud Básica a la comunidad, tales como la toma de la gota gruesa y el suministro del tratamiento antimalárico. En dichos ambulatorios también presta servicio un microscopista, encargado de la lectura de la gota gruesa, el cual carece de los recursos adecuados para llevar su labor a cabo (microscopios y colorantes inútiles), y un visitador quien se encarga de la vigilancia y control de la malaria mediante las visitas a los pacientes, durante las cuales supervisa la toma del medicamento. En la ciudad también se tiene el servicio de visitadores para la vigilancia en la toma del tratamiento.

En el caso del Hospital José Gregorio Hernández, se presentan diferentes tipos de dificultades que impiden un óptimo servicio de asistencia en salud. En primer lugar, el hospital cubre una población que excede sus capacidades. El recurso humano del



Diagnóstico Socio-Antropológico

hospital muchas veces se agota ante las necesidades de la población. Este es el caso de la epidemia de Dengue que durante el trabajo de campo, fuente de este informe, aconteció en Puerto Ayacucho. Una de las razones fundamentales de este déficit en el recurso humano es la falta de interés por parte de médicos y enfermeros de las capitales en laborar en una región tan distante, sobre todo cuando los pagos se retrasan o, en algunos casos, no se realizan del todo (Funcionario 19, Puerto Ayacucho).

Este déficit en los recursos humanos del Hospital se ha equilibrado con la incorporación de personal en salud cubano, promocionado por el Convenio de Cooperación Técnica con Cuba, en relación con la asistencia en salud primaria. Sin embargo, según las fuentes, la capacitación profesional de este personal muchas veces no es la de mejor calidad por lo cual sus labores se hacen ineficientes y se mantiene un déficit de recursos humanos en el hospital "(...) al doctor cubano le llegó un parto y no sabía como atenderlo. Nos tocó remitirlo a otro médico que estaba muy ocupado con otros pacientes" (Funcionario 28, Puerto Ayacucho). Este mismo caso ocurre con los médicos provenientes de programas de estudio como la Misión República, los cuales, después de tres años de estudios médicos, practican la medicina de forma tal que no logran solucionar muchos casos que pasan por sus manos (Funcionario 23, Puerto Ayacucho) En segundo lugar, se encuentra un problema de registro adecuado de los casos de malaria en el hospital. Debido al cambio en el formato de registro, la anotación de los datos resulta muy dispendiosa y algunos médicos resuelven por concentrarse en el diagnóstico y tratamiento, dejando de lado el formato de registro y, por ende, ocasionando una situación de subregistro (Funcionario 2, Puerto Ayacucho).

En vista de los inconvenientes que se presentan en torno a la atención en salud del Hospital, muchos pacientes optan por recurrir a servicios médicos alternativos (curanderos y chamanes) o por cruzar la frontera con Colombia y ser atendidos en Puerto Carreño y Casualito.

Diagnóstico Socio-Antropológico

Con respecto al servicio de asistencia en salud del CAICET, se destaca la dificultad de accesos a la institución por parte de la población con intereses de diagnóstico. El CAICET se halla ubicado en un cerro de la ciudad de Puerto Ayacucho, por lo cual la única forma de acceso es a través de un taxi, lo cual resulta muy costoso si se tiene en cuenta el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) de la zona, y muchas veces, sobre todo cuando está lloviendo, los conductores de este servicio de transporte prefieren no subir al cerro por cuestiones de seguridad vial. El CAICET, en razón de estos inconvenientes, ha diseñado un laboratorio para la toma de muestras en el pie de monte del cerro. Sin embargo, los habitantes de Puerto Ayacucho no identifican dicho sitio como un lugar de asistencia en salud.



Instalaciones del CAICET, Puerto Ayacucho

Malariología, por otra parte, o lo que hoy se denomina Coordinación de Servicio de Vigilancia Epidemiológica Sanitaria Ambiental, sirve de centro de diagnóstico a toda la comunidad urbana y rural. Por lo general, la comunidad urbana recurre en gran medida a esta institución ya que relacionan el nombre de la misma con el diagnóstico del paludismo. A nivel rural, la verticalidad del programa de Malariología impide una

Diagnóstico Socio-Antropológico

articulación con los médicos que prestan el servicio en zona rural y, por lo tanto, no se establece un canal de comunicación a través del cual se pueda difundir el conocimiento acerca de los casos de malaria entre Malariología y los médicos pertenecientes al distrito sanitario. La principal consecuencia de esta desintegración es la falta de conocimiento de los médicos de los ambulatorios, en palabras de un funcionario en salud "Aquí [Alto Orinoco] ni siquiera los médicos saben tratar malaria a pesar de ser la enfermedad más importante de mayor causa de morbilidad" (Funcionario 2, Puerto Ayacucho).



Dirección Regional de Salud de Puerto Ayacucho, Coordinación de servicio de vigilancia epidemiológica sanitario ambiental (Malariología).

En relación con los Consultorios Populares y Clínicas Populares de la Misión Barrio Adentro, se presentan tres tipos de dinámicas sociales que connotan la problemática de los mismos frente a su servicio de asistencia en salud. En primer lugar, muchas veces la relación entre médicos cubanos y venezolanos en estos espacios no logra articularse debido a diferencias culturales, razón por la cual muchos consultorios se han dividido en dos partes, la sección cubana y la venezolana, como es el caso del Consultorio Popular de San Enrique en Puerto Ayacucho (Funcionario 23, Puerto Ayacucho).

Diagnóstico Socio-Antropológico



Consultorio popular, barrio San Enrique, Puerto Ayacucho

En segundo lugar, los habitantes de esta ciudad perciben que la calidad en el diagnóstico y los tratamientos de estos espacios de atención en salud, no es la misma que la de los ambulatorios. En razón de esto, muchos no recurren a la asistencia en salud de Barrio Adentro y prefieren ir directamente al hospital, por lo cual este se congestiona y no logra prestar un servicio ágil y eficiente. Finalmente, los habitantes perciben que los medicamentos que se suministran en los Consultorios y Clínicas Populares no son de la misma calidad que los del hospital o los ambulatorios. En razón de esto, los habitantes recurren al Hospital, reproduciendo la congestión que se describió anteriormente.

Finalmente, el CAICET presta servicios de capacitación a personal de salud, como en el caso de los microscopistas, y de investigación en Enfermedades Tropicales. Con respecto a la primera de estas funciones, el personal del CAICET ha tratado de capacitar microscopistas de buena calidad en sus lecturas de gota gruesa. Sin embargo, en opinión de los capacitadores, los periodos de capacitación son muy cortos para personas que son analfabetas, pertenecientes a grupos étnicos y "nunca han visto un microscopio" (Funcionario 3, Puerto Ayacucho) y demás. Por lo tanto, se requiere un tipo de capacitación de mayor calidad y, por ende, que sea más extendida.



Diagnóstico Socio-Antropológico

Con respecto a la investigación de Enfermedades Tropicales, el CAICET ha llevado a cabo estudios in Vitro para determinar la resistencia del parásito plasmodium a las drogas antimaláricas. Paradójicamente, estos estudios no fueron tomados en la cuenta del proyecto RAVEDRA (Red de Vigilancia de la Resistencia a las Drogas Antimaláricas en la Amazonía) llevado a cabo por la OPS en la región amazónica latinoamericana. Como consecuencia, los resultados de los estudios fueron los mismos y se establecieron unas nuevas pautas de tratamiento que como primera medida eliminaron a la cloroquina. Según las fuentes, este tipo de esfuerzos repetidos desperdician recursos económicos y humanos que podrían ser destinados a fines más funcionales. Desde la perspectiva de de las fuentes, la falta de credibilidad en la investigación latinoamericana establece este tipo de dinámicas sociales (Funcionarios 3, Puerto Ayacucho).

La investigación en enfermedades tropicales también ha incluido un estudio acerca de la recepción y utilización de mosquiteros impregnados con lamdacihalotrina y placebo en el grupo étnico Yanomami, el más vulnerable de la zona. Los mosquiteros fueron diseñados por las mujeres de las comunidades indígenas, por lo cual cuando se distribuyeron se usaron de manera correcta. La investigación arrojó unos resultados del 50% de disminución en la incidencia y un 80% de disminución en la prevalencia. Como conclusión se pudo observar que los esfuerzos en conjunto con los grupos étnicos reproducían prácticas de prevención de manera eficiente a la largo y ancho de la zona ya que se pudo observar la difusión de los mosquiteros más allá de la zona en la cual se habían distribuido.

Uno de los problemas que presenta el CAICET es que debido a la verticalidad de Malariología, no logra articular, operativamente, los resultados de sus investigaciones a través de esta institución. Los resultados duran a veces años en llegar al poder central y ser tomados en cuenta para el diseño de políticas preventivas. En razón de ello, las investigaciones del CAICET no han podido ejercer todo su potencial a nivel operativo.



Diagnóstico Socio-Antropológico

En la región de Puerto Carreño, el Hospital San Juan de Dios Nivel 2 (ESE) presta servicios a toda la población urbana y rural que se busque asistencia médica. El hospital presta servicios mediante la vinculación de pacientes a través del Régimen Contributivo, es decir el pago de seguros en salud mensual, el Régimen Subsidiado SISBEN, es decir, la población de escasos recursos que es costeada por el Estado y la Secretaría de Salud del Vichada (este es el caso de los indígenas que poseen un carné de salud con el cual ejercen su derecho a atención en salud). El hospital presenta un alto grado de capacitación en su personal de salud debido a que existen programas de capacitación recurrentes en torno al tema de las ETV. Así mismo, cuenta con dos especialistas que residen en la ciudad durante bastante tiempo y tienen un alto nivel de conocimiento de las enfermedades que aquejan a la población (Funcionario 13, Puerto Carreño).

El hospital ejerce un servicio de asistencia en salud que es representado socialmente por los colonos y los grupos étnicos de la zona homogénea como el mejor de todos los servicios. Sin embargo, carece de incinerador e insumos para la clasificación de residuos orgánicos, por lo cual presenta deficiencias en su sistema de bioseguridad. Esa misma situación acontece en el Hospital José Gregorio Hernández de la ciudad de Puerto Ayacucho. Así mismo, el hospital colombiano, se ha visto en la obligación de disminuir sus gastos debido a que siendo una ESE, algunos meses entra en déficit y no logra autosostenerse.

Por otra parte, se encuentra la IPS del Orinoco la cual presta los servicios de salud a la población urbana de Puerto Carreño y Casuarito. Esta IPS presta servicios a las personas vinculadas y cotizantes de las EPS Saludcoop y Caprecom entre otras. El sitio donde presta servicios es un edificio que se ha adaptado en forma de clínica, en el cual no se presta servicio de consulta externa.



Diagnóstico Socio-Antropológico

Las dinámicas sociales entre el Hospital y la IPS del Orinoco se hallan desarticuladas, por lo cual los esfuerzos en asistencia en salud se realizan de manera independiente.

Por otra parte, la prestación de servicios en salud para los colonos, mestizos y grupos étnicos de la zona rural se lleva a cabo a través de la UBA Nuestra Señora del Carmen. Esta Unidad maneja 26 Centros de Salud en todo el departamento, de los cuales sólo está en funcionamiento el 20%. Esta disfunción refleja no solamente la falta de cobertura en asistencia en salud que acontece en la zona sino la crisis financiera de la UBA. En ella, se hallan vinculadas personas a las cuales se les debe la nómina de más de seis meses. En razón de ello, el personal de la UBA se encuentra desmotivado y las labores de registro, prevención y asistencia en salud se llevan a cabo de manera ineficiente o no se llevan a cabo del todo (Funcionarios 12, Puerto Carreño).

Por otra parte, la Coordinación de ETV de Puerto Carreño lleva a cabo labores preventivas que no han tenido un impacto representativo en la población debido a la falta de recursos humanos suficientes para dicha labor. Cumaribo, un municipio de 78.000 kms² se le ha delegado a un técnico en saneamiento y una auxiliar de ETV, los cuales no dan abasto con la cantidad de personas y su difusión a lo largo del Departamento del Vichada.

En razón de esto se ha tratado de solucionar el problema a través de la contratación de personas independientes que lleven a cabo la labor preventiva y de microscopia, diagnóstico y tratamiento, en la región. Sin embargo, muchas de estas personas no son nativas de los lugares en los que laboran por lo cual se ausentan después de vencido el contrato y dejan a la región en un déficit de recurso humano en este sentido.

En cuanto a labores de prevención de la malaria, tanto en Colombia como en Venezuela se han enfocado en la fumigación y uso de los mosquiteros, mas no en labores educativas que permitan construir, socialmente, un sistema cognitivo

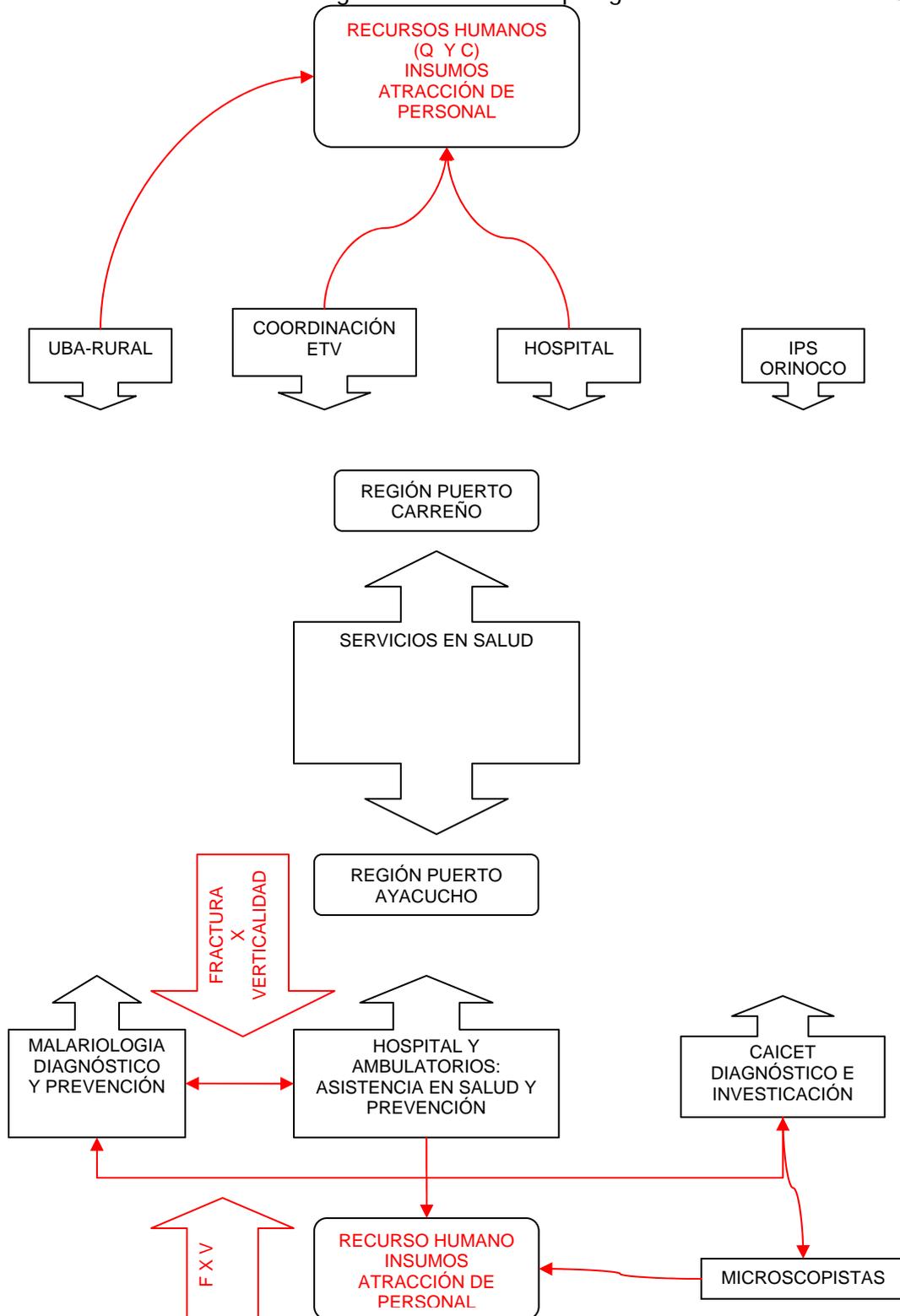


Diagnóstico Socio-Antropológico

preventivo hacia la enfermedad. Así mismo, la difusión del uso del mosquitero parece redundante en una zona en la cual el uso del mismo se da de manera generalizada.

En conclusión, los servicios en salud carecen de recursos humanos suficientes para llevar a cabo una asistencia en salud, prevención y promoción de la salud de manera óptima. Así mismo, se presentan deficiencias en la capacitación del personal y en las estrategias de contratación, pago de nómina y atracción a la zona de personal idóneo para la prestación de servicios en salud. Finalmente, se carece de insumos necesarios para ejercer un diagnóstico adecuado en las zonas rurales, y se carece de insumos necesarios en los hospitales para desempeñar una labor de bioseguridad óptima.

Diagnóstico Socio-Antropológico





MAPA CONCEPTUAL DINAMICAS SOCIALES DE SERVICIOS DE SALUD

3. CULTURA DE LA SALUD ZONA HOMOGÉNEA ESTADO DEL AMAZONAS-DEPARTAMENTO DEL VICHADA

La cultura de la salud en los grupos étnicos de la Zona Homogénea Amazonía-Vichada varía de acuerdo a la proximidad de dicha población con los núcleos urbanos principales (Puerto Ayacucho-Puerto Carreño). Los grupos étnicos que se sitúan próximos a dichos núcleos presentan un mayor grado de aculturación¹⁴ que aquellos distanciados de éstos. En razón de ello, los grupos étnicos más aculturados han establecido representaciones sociales en salud y enfermedad, percepciones de riesgo e itinerarios terapéuticos frente a la malaria propios de la biomedicina. Así mismo, recurren con mayor facilidad y recurrencia a los proveedores en salud de este tipo de disciplina. En contraste, los grupos étnicos que se hallan distantes de los núcleos urbanos no poseen un sistema cognitivo biomédico, por lo cual incurren en mayor medida en trayectorias de riesgo que implican la permanencia de la malaria en la zona. Por otra parte, la población colona y mestiza presenta un patrón diferente en su cultura de salud frente a los grupos étnicos. Debido a que la población colona de la zona proviene de regiones con ausencia de Enfermedades Transmitidas por Vector (ETV), las representaciones sociales y percepción de riesgo en torno a estas no dependen de la cercanía a los núcleos urbanos sino del tiempo de residencia en la zona. Esto ocurre a raíz de que el colono con más tiempo en la zona adquiere mayores conocimientos en torno a la enfermedad y se hace menos vulnerable a la misma.

Con respecto a las trayectorias de riesgo y los itinerarios terapéuticos de este tipo de población, estos no sólo dependen del tiempo de residencia en la zona sino también

¹⁴ Por aculturación se entiende el proceso de tránsito de una cultura a otra y sus repercusiones en todos los ámbitos sociales. Aculturación no implica la pérdida de identidad de la cultura en tránsito, sino la integración de otros rasgos culturales a su propia identidad étnica (Aguirre, 1970). En el caso de la Zona Homogénea Amazonía-Vichada, se hace referencia concreta al proceso cultural mediante el cual los grupos étnicos realizan un tránsito desde las representaciones y prácticas en salud propias de su cultura hacia las de la biomedicina, sin que ello afecte su identidad étnica.

Diagnóstico Socio-Antropológico del estrato social y los recursos económicos que posean. Los colonos nuevos y con menos recursos se hallan en mayor riesgo de contagio de malaria y, por lo tanto, son una población vulnerable que influye de manera negativa en la prevalencia e incidencia de la enfermedad.

Dos culturas de salud diferentes se ven atravesadas por un patrón común: el conocimiento acerca de la enfermedad; sus formas de contagio y sintomatología. Las variaciones en torno a este patrón no sólo personifican los matices entre los grupos sociales ya descritos, sino que también define a los determinantes sociales de la enfermedad en torno a la incidencia y prevalencia malárica en la zona.



Investigador de campo con la población colona

Diagnóstico Socio-Antropológico



Investigador de campo con población indígena



Diagnóstico Socio-Antropológico

Representaciones sociales de salud y enfermedad

Entre los grupos étnicos, las representaciones sociales de salud y enfermedad oscilan entre aspectos biomédicos y aspectos propios de la cultura de cada etnia. En torno a las representaciones sociales propias de cada cultura se puede observar la presencia de representaciones sociales particulares para diversos tipos de malestares. Entre ellos, el descuajo, la mala sangre y el mal de ojo. Estos malestares son tratados por los chamanes mediante sobandería, baños en hierbas e infusiones naturales. Este tipo de tratamientos responden directamente a las representaciones de salud y enfermedad propias de cada cultura (Entrevistas 12, 14, 9, Puerto Ayacucho y Puerto Carreño).

Por otra parte, se encuentran las representaciones de salud y enfermedad provenientes del conocimiento biomédico. Entre los grupos étnicos se pueden distinguir representaciones sociales de salud y enfermedad que contienen el lenguaje propio de la medicina y definen tipologías de enfermedades a partir de dicha ciencia. Por ejemplo, los grupos étnicos de la comunidad de Coromoto, al sur de Puerto Ayacucho, distinguen entre las diferentes clases de paludismo de acuerdo al nombre científico de cada uno de los parásitos (*vivax* y *falciparum*).

La variación entre estos dos tipos de representación social de salud y enfermedad es proporcional al grado de aculturación del grupo étnico, el cual, a su vez, corresponde a la proximidad del mismo con los núcleos urbanos principales de la Zona Homogénea Amazonía-Vichada. Así, los grupos más próximos a dichos núcleos expresan en sus representaciones sociales de salud y enfermedad altos niveles de conocimiento frente a la forma de contagio y sintomatología de la malaria. Por ejemplo, los grupos étnicos de la comunidad de Agua Blanca en cercanías de Puerto Ayacucho, manifiestan no sólo que la malaria es transmitida por vector sino también las horas en las que el vector se alimenta, el tipo de vector ("Patás Blancas") y el tipo de condiciones óptimas para sus criaderos (aguas limpias en yacimientos naturales).



Diagnóstico Socio-Antropológico

Con respecto a los síntomas, en su cognición distinguen entre la fiebre, mialgia y cefalea intermitente del paludismo, y la presencia de los mismos síntomas, de manera constante, en la virosis o el Dengue. Así mismo, representan socialmente el paludismo como una enfermedad que no presenta tos ni congestión nasal (Entrevista 14, Piapoco, Puerto Ayacucho)

En contraste, los grupos étnicos más lejanos de los núcleos urbanos, y menos aculturados, representan socialmente la forma de contagio y los síntomas de acuerdo, únicamente, al sistema cognitivo de su cultura, incurriendo en un nivel bajo de conocimiento en relación con la forma de contagio y sintomatología de la malaria. Este es el caso de los Yanomami, ubicados en el Municipio del Alto Orinoco (Malaca, Ocamo y Platanal) quienes en su sistema cognitivo consideran que la malaria puede contagiarse por exponerse al sol durante mucho tiempo, por mojarse en el invierno y/o por los cambios de clima (Entrevista 12, Yanomami, Puerto Ayacucho).

Las representaciones sociales en salud y enfermedad basadas, únicamente, en el sistema cognitivo del grupo étnico hacen más vulnerables a los grupos étnicos del interior de la zona debido a que al desconocer las formas de contagio y sintomatología de la malaria, estas personas no pueden ejercer prácticas preventivas en torno a la enfermedad y, adicionalmente, conviven con la misma, exponiendo a sus semejantes al contagio, y a sí mismos a un riesgo mortal.

Por otra parte, las representaciones sociales de salud y enfermedad de todos los grupos étnicos indagados, presentan una valoración frente a la calidad de la asistencia en salud en frontera viva. Dicha valoración representa socialmente los servicios de salud colombianos como mejores a causa de su calidad en el diagnóstico y trato en el servicio. Esto conlleva a que los indígenas transiten en busca de atención en salud de Venezuela a Colombia, exponiendo al contagio del paludismo a sus acompañantes y las personas que los circundan durante este itinerario "(...) yo fui a Colombia porque es mejor. Mi hermana me acompañó. Haya me hicieron la gota gruesa y me dieron



Diagnóstico Socio-Antropológico

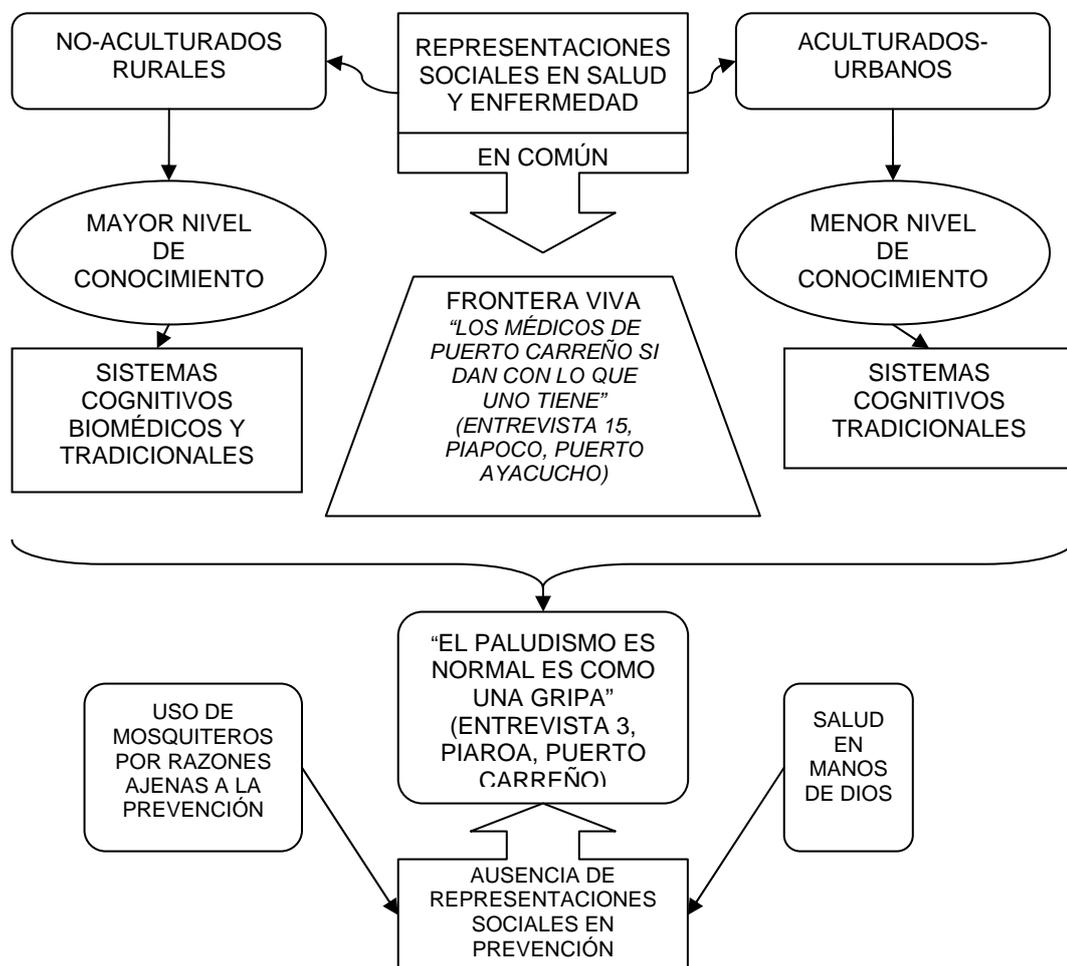
medicinas. Luego nos regresamos y a los quince días mi hermana amaneció con paludismo. Yo creo que en el viaje se lo pegué” (Entrevista 13, Jivi, Puerto Ayacucho). En este mismo orden de ideas, los grupos étnicos entrevistados representan socialmente a la malaria como una enfermedad normal y cotidiana sobre la cual no es una prioridad ni necesidad ejercer prácticas preventivas. A esto se suma el hecho de que el proceso de evangelización de estas etnias conllevó a la construcción social de representaciones sociales tales como que la salud en manos de Dios “Ellos piensan que sólo tienen que cuidar el alma porque el cuerpo lo van a dejar en la tierra, así que no se cuidan” (Funcionaria 21, Puerto Ayacucho). Ambos aspectos no sólo conllevan a una ausencia de representaciones sociales en torno a la prevención y su consecuente inexistencia de prácticas en relación con el mismo aspecto, sino también al establecimiento de determinantes sociales de la enfermedad. El efecto principal del establecimiento de estos determinantes sociales de la enfermedad es su influencia en el aumento de los índices de mortalidad y morbilidad, ya que ante la idea de que Dios dispone del cuerpo, estas personas muchas veces no reciben atención médica y conviven con la enfermedad hasta sus últimas consecuencias.

Finalmente, los grupos étnicos representan socialmente el uso del mosquitero¹⁵ como una herramienta para evitar las incomodidades de la picadura de los zancudos. Los grupos étnicos más aculturados incluyen en su cognición la idea de que el mosquitero es preventivo frente a las enfermedades, pero no lo consideran la razón principal por la cual lo usan. En razón de la ausencia de representaciones sociales en torno a la prevención de la enfermedad, el uso de mosquiteros y la fumigación no corresponden a un sistema de cognición preventivo sino a un sistema de defensa frente a las incomodidades de los insectos.

¹⁵ Se entiende mosquitero en el mismo sentido que toldillo o toldo. Mosquitero define la malla que se usa para impedir el contacto con zancudos y mosquitos en las noches. Esta puede usarse en los chinchorros y en las camas.

Diagnóstico Socio-Antropológico

Un sistema cognitivo con ausencia de representaciones sociales en prevención, y que difiere en niveles de conocimiento según el grado de aculturación de los grupos étnicos, presenta un flujo de información que tiene como base la representación social de la malaria como normalidad y como consecuencia la ausencia de una cultura preventiva frente a la misma:



MAPA CONCEPTUAL REPRESENTACIONES SOCIALES DE SALUD Y ENFERMEDAD



Diagnóstico Socio-Antropológico

Los colonos y mestizos poseen representaciones en salud y enfermedad propias de la cultura de la región como el *descuaje*, el *mal de ojo* y el *mal de engaño*. En razón de ello, existe un sistema de medicina alternativo, la curandería, que combina saberes populares provenientes del chamanismo y la biomedicina. Las representaciones sociales en torno a este tipo de sincretismo médico-curandero, ha establecido la noción de los tratamientos complementarios: para cualquier tipo de enfermedad, los colonos y mestizos de la zona recurren al médico científico y, en segunda instancia, complementan las prescripciones de éste con recetas naturales recomendadas por curanderos de la región. Este tipo de representaciones en salud y enfermedad expone cómo los colonos y mestizos de la zona se enfocan más en la búsqueda de tratamientos en torno al contagio de la malaria, que en prácticas preventivas en torno al mismo.

Por otra parte, con los mestizos y colonos sucede algo semejante que con los grupos étnicos de la región: su nivel de conocimiento en relación con el contagio y la sintomatología varía. Con base en esta variación se establecen determinantes sociales alrededor de la incidencia y prevalencia de la enfermedad así como de las implicaciones en la morbilidad y mortalidad de la misma, ya que los niveles de contagio son directamente proporcionales al conocimiento acerca de éste, y los niveles de morbilidad y mortalidad dependen de las representaciones acerca del padecimiento de la enfermedad y sus consecuentes prácticas curativas.

No obstante, las variables que determinan niveles de conocimiento acerca de la malaria entre colonos y mestizos no son el nivel de aculturación y el grado de proximidad a los núcleos urbanos, sino el tiempo de residencia en la zona y las capacidades económicas que posean. Aquellos colonos con mayor tiempo de residencia en la zona, adquieren, mediante la experiencia, un mayor nivel de conocimiento frente a la malaria, y comienzan a situarse en una posición menos vulnerable frente a su contagio. En contraste, los colonos recién llegados a la zona no conocen la forma de contagio ni el riesgo para su salud, por lo cual se hacen más vulnerables ante el paludismo.



Diagnóstico Socio-Antropológico

Con respecto a este conocimiento, se destaca en los colonos antiguos un sofisticado sistema de cognición en el cual se distingue el tipo de vector que transmite la malaria (“patas blancas”, se alimenta de 5:00pm a 7:00am, es la hembra la que transmite el parásito y al aplicarle ACPM y/o Gasoil se le desprenden las alas y muere) y los tipos de paludismo (distinguen el Vivax, el Falciparum y el mixto). En relación con los síntomas maláricos, diferencian entre éstos y los de las virosis y el dengue en razón de la intermitencia de los síntomas del paludismo (cada doce horas), la carencia de un dolor intraocular, cualquier tipo de sangrado y problemas en la coagulación de heridas (como en el dengue), y la ausencia de tos y congestión nasal (como en las virosis) (Entrevistas 10, 11; 16-20, Puerto Ayacucho y Puerto Carreño).

En contraste, a pesar de que los colonos con menor tiempo de residencia ya han incluido en su sistema cognitivo las representaciones en salud y enfermedad propias de la región, no manejan un conocimiento adecuado en torno a la sintomatología y forma de contagio de la malaria. En este sentido, se destaca un sistema cognitivo que se compone de representaciones sociales tales como estar vacunados contra el paludismo; definir sus síntomas como los de una virosis (“gripe”) propia de las capitales; tener conocimiento acerca de que la malaria se transmite por vector, pero ser escépticos ante este y definir el contagio a través de la falta de higiene, el consumo de aguas contaminadas, el contacto sexual y la desnutrición (Entrevistas 7-9; 16-20, Puerto Carreño y Puerto Ayacucho).

Con base en estos dos niveles de conocimiento, las representaciones sociales de salud y enfermedad determinan el tipo prácticas que se llevan a cabo alrededor de la enfermedad, lo cual influye en los niveles de morbilidad y mortalidad de la misma a nivel de salud pública. Por ejemplo, en la medida en que un colono tome decisiones frente a la enfermedad con base en representaciones sociales tales como estar vacunado o definir su sintomatología como una virosis, se expondrá no sólo a un riesgo de mortalidad más alto, sino que también se convertirá en un foco de morbilidad



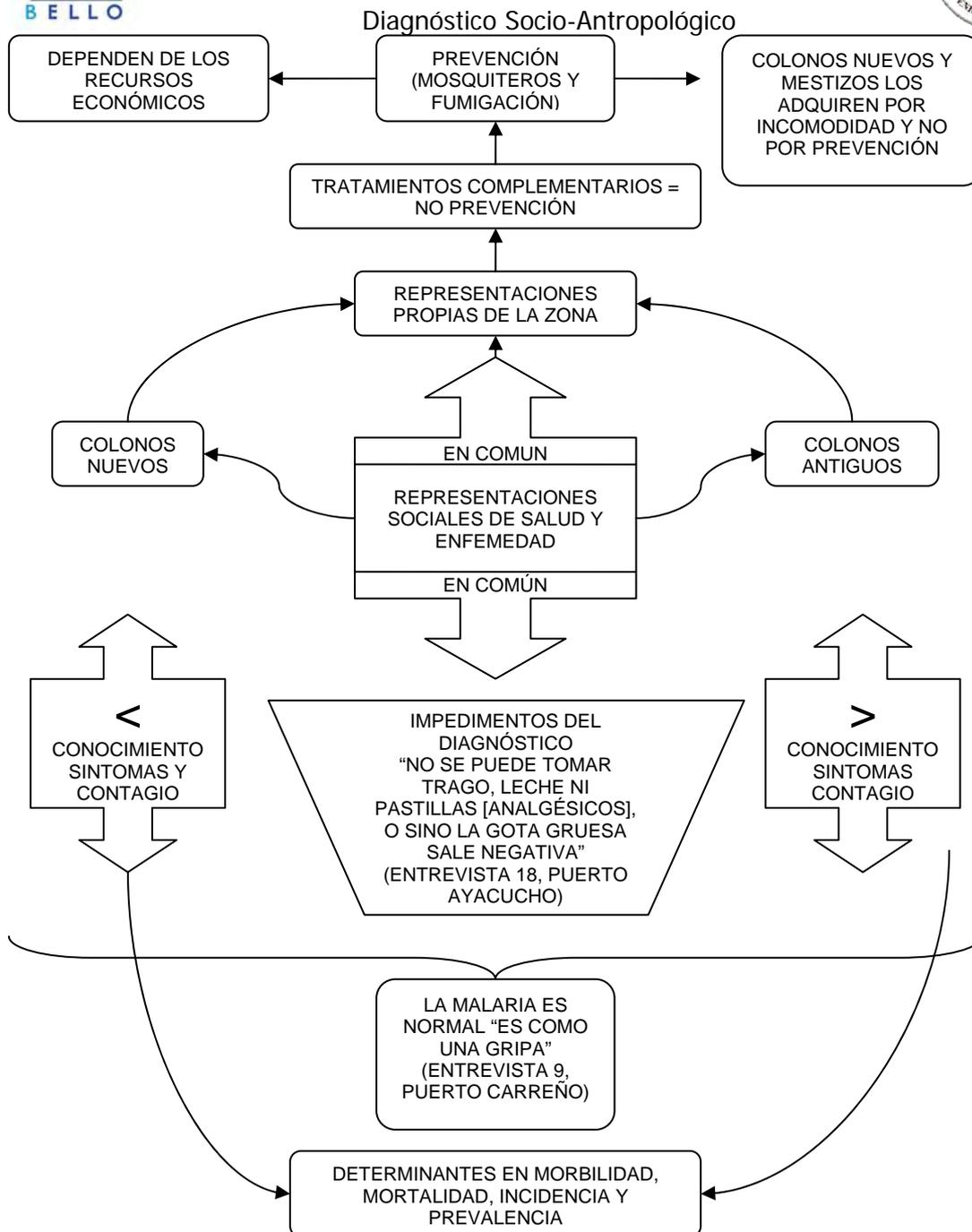
Diagnóstico Socio-Antropológico

para la zona entera, ya que entre sus decisiones no contará con la idea de que puede estar sufriendo de paludismo, y convivirá con la enfermedad hasta incluir dicha concepción en su sistema cognitivo.

Las representaciones en cuanto a la prevención de la malaria también varían entre los dos tipos de colonos en mención. Mientras que los colonos antiguos fumigan con la frecuencia que sus recursos les permita y relacionan esto con la prevención de enfermedades, a pesar de no ser la causa principal por la cual fumigan, los colonos nuevos lo hacen basados en las incomodidades que implica la picadura del zancudo, razón por la cual colonos nuevos y antiguos fumigan. Esta misma cognición gira en torno al uso de mosquiteros.

A pesar de estas diferencias, los mestizos y colonos antiguos y nuevos en la zona coinciden en las representaciones sociales acerca de que la malaria es una enfermedad normal y común en la región. Así mismo coinciden en las representaciones sociales acerca de los factores que pueden impedir un correcto diagnóstico de la malaria. Estas representaciones sociales incluyen el consumo de sustancias como analgésicos, refrescos o gaseosas, licor y leche como impedimentos para diagnosticar una gota gruesa positiva.

Por lo tanto, las representaciones sociales de salud y enfermedad entre los colonos, influyen en las tasas de morbilidad y mortalidad del paludismo así como en la incidencia y prevalencia de la malaria en la zona. Tal como en el caso de los grupos étnicos, representar socialmente a la malaria como una enfermedad normal en la zona, constituye la plataforma sobre la cual no se instituyen prácticas preventivas sino curativas (tratamientos complementarios). Por otra parte, la variación en los niveles de conocimiento frente a la enfermedad (forma de contagio y sintomatología), entre colonos nuevos y antiguos, establece un determinante social frente a las tasas de morbilidad y mortalidad, y la incidencia y prevalencia de la malaria en la zona.



MAPA CONCEPTUAL REPRESENTACIONES SOCIALES EN SALUD Y ENFERMEDAD-(2)



Diagnóstico Socio-Antropológico



Percepción de riesgo

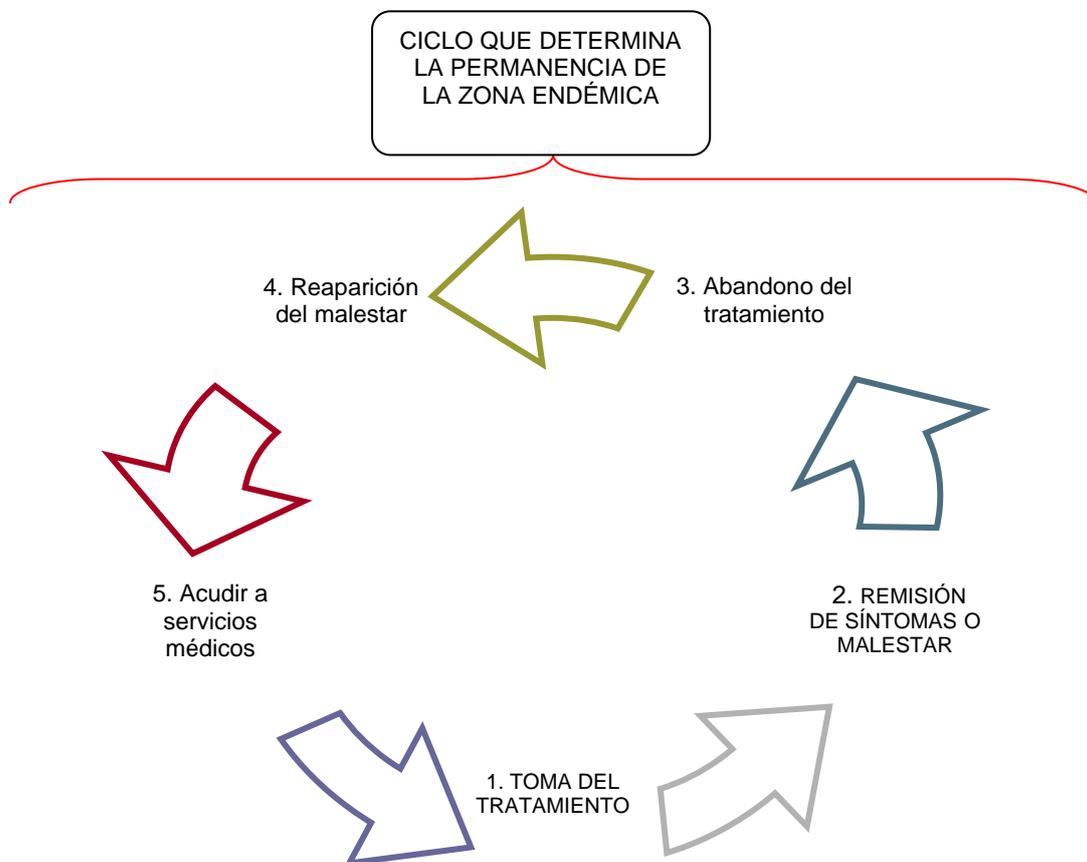
A pesar de que los grupos étnicos aculturados representan socialmente a la malaria como una enfermedad normal en su cotidianidad, saben que puede ser mortal por lo cual perciben el no llevar a cabo el tratamiento en su totalidad es percibido como un riesgo para su vida “Si, hay que tomarse todo el tratamiento porque o si no eso [la malaria] lo puede matar a uno” (Entrevista 4, Sikuani, Puerto Carreño).

Por el contrario, los grupos étnicos del interior de los municipios perciben como una prioridad interrumpir el tratamiento a causa del malestar que este les produce (sabor amargo p. ej) o en razón de la remisión de los síntomas y, por ende, no consideran un riesgo el abandono del mismo “A los parientes [indígenas] de por allá bien adentro hay que revisarles que se tomen todo [el tratamiento] porque ellos lo botan por lo amargo o porque se sienten mejor” (Entrevista 12, Yanomamí, Puerto Ayacucho). Por esta razón, la adherencia al tratamiento en estos grupos étnicos es baja, influyendo esto en la permanencia de la condición endémica en la zona.

Así mismo, los colonos antiguos y nuevos en la zona, perciben las mejorías del tratamiento o el malestar provocado el principio del mismo, como una razón para abandonarlo. De esta forma, tanto para grupos étnicos no aculturados como para los colonos y mestizos, existe un abandono prematuro del tratamiento con base en la baja percepción de riesgo que se halla implícita en el abandono del mismo.

De esta forma, la construcción y percepción del riesgo, de acuerdo a los niveles de aculturación, en el caso de los grupos étnicos, y de frente a la adherencia al tratamiento antimalárico, se establece como un factor que representa como una prioridad el abandono del tratamiento en relación con los primeros síntomas de mejoría o malestar que este produzca. Por lo tanto, con base en este tipo de percepción de riesgo se establece un proceso circular y repetitivo que se inicia en la toma del

tratamiento, va seguido de la mejoría o el malestar ocasionado por el mismo, su abandono, la reaparición del malestar malárico y la repetición en la toma del tratamiento. Este proceso circular, basado en una percepción de riesgo baja acerca del abandono del tratamiento, tiene como consecuencias la permanencia de la malaria en la región, es decir, es un determinante social de la condición endémica de la zona.



MAPA CONCEPTUAL CONSECUENCIAS DE LA PERCEPCIÓN DE BAJO RIESGO EN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO



Diagnóstico Socio-Antropológico

Entre los colonos antiguos la percepción de riesgo incluye elementos tales como la cercanía a yacimientos de aguas limpias y negras, y la repetición de la infección parasitaria, como un riesgo, debido a la emergencia de resistencia frente al tratamiento antimalárico. En contraste, los colonos con menor tiempo de residencia en la zona perciben como un riesgo habitar en la cercanía a aguas negras y no consideran un riesgo contagiarse de malaria debido a que hay un tratamiento que funciona y está a su alcance.

Los dos tipos de colonos perciben como un riesgo, durante el periodo de tratamiento, el consumo de alcohol, leche y refrescos. Igualmente, perciben la proximidad a los grupos étnicos de la zona como un riesgo en cuya razón se fundamenta en la representación social que tienen de estos. Para los colonos los grupos étnicos representan, en este sentido, un foco de infecciones "(...) esos son como una epidemia andante" (Entrevista Comunidad 10, Puerto Carreño).

Así mismo, la movilidad geográfica es considerada un riesgo entre los colonos con mayores ingresos económicos. La movilidad geográfica de estos en razón de prácticas de turismo es percibida como un riesgo para el contagio de la malaria. En este mismo sentido, los colonos de escasos recursos perciben que la movilidad geográfica en función de actividades laborales tales como la pesca y la agricultura en las vegas de los ríos, presenta un riesgo en relación con la aproximación a lugares donde se halla el vector y sus criaderos.

Por otra parte, las mujeres, en particular, perciben que la malaria puede contagiarse más fácilmente cuando están embarazadas y, en este mismo orden de ideas, perciben como un riesgo lactar a sus hijos mientras están enfermas de paludismo o durante el periodo que están llevando a cabo el tratamiento antimalaria. Así mismo, perciben que la impregnación de mosquiteros con sustancias tóxicas, o la fumigación de sus lugares

Diagnóstico Socio-Antropológico

de residencia por parte de los servicios sanitarios del Estado, pueden acarrear intoxicaciones en sus hijos.

En relación con los ingresos económicos de los colonos, quienes devengan mayores ingresos perciben como un riesgo los barrios de aquellos con menores ingresos. Por lo general, se percibe que estos últimos habitan barrios en los cuales hay más criaderos de *anopheles darlingi*, debido a la proximidad a los ríos y caños, a la proximidad a áreas con bosques feraces y a la proximidad a montes de roca sólida en los cuales se instauran criaderos anophelinos en los pozos que dicha roca contiene. Esta percepción de la geografía en la cual habitan los colonos de bajos recursos, es compartida por los mismos habitantes de ésta.



Criadero anofelino en las ondulaciones de las rocas que circundan al barrio Mateo, Puerto Ayacucho

Diagnóstico Socio-Antropológico



Laguna artificial que circunda al barrio El Muelle, Puerto Ayacucho

Finalmente, los dos tipos de colonos, antiguos y nuevos, perciben un riesgo para el contagio de diversos tipos de enfermedades el hecho de que no se disponga de aguas óptimas para el consumo, la carencia de alcantarillado y el insuficiente servicio de recolección de basuras en las áreas urbanas de la zona.

La articulación de todo este tipo de percepciones de riesgo, combina diferentes niveles de conocimiento y determinantes sociales positivos y negativos frente a la malaria y otras enfermedades. De dicha articulación se devela el grado de vulnerabilidad de la población colona frente a al malaria. Por ejemplo, la resistencia que un colono tiene a causa de la repetición de la infección parasitaria determina un factor de vulnerabilidad para este tipo de población. Así mismo, su conocimiento acerca del tipo de yacimientos en los cuales se cría el vector, le permite

La relación de estos dos niveles de conocimiento (colono antiguo vs. colono nuevo) y diversos tipos de condiciones sociales en torno a la enfermedad (lugar de residencia, movilidad geográfica) con base en las percepciones de riesgo de la enfermedad determinan los grados de vulnerabilidad de los diferentes tipos de población frente a la malaria. Así, por ejemplo, un colono antiguo es más prevenido con las aguas blancas en sus prácticas cotidianas, ya que percibe el riesgo de que allí se cría el anophelino y



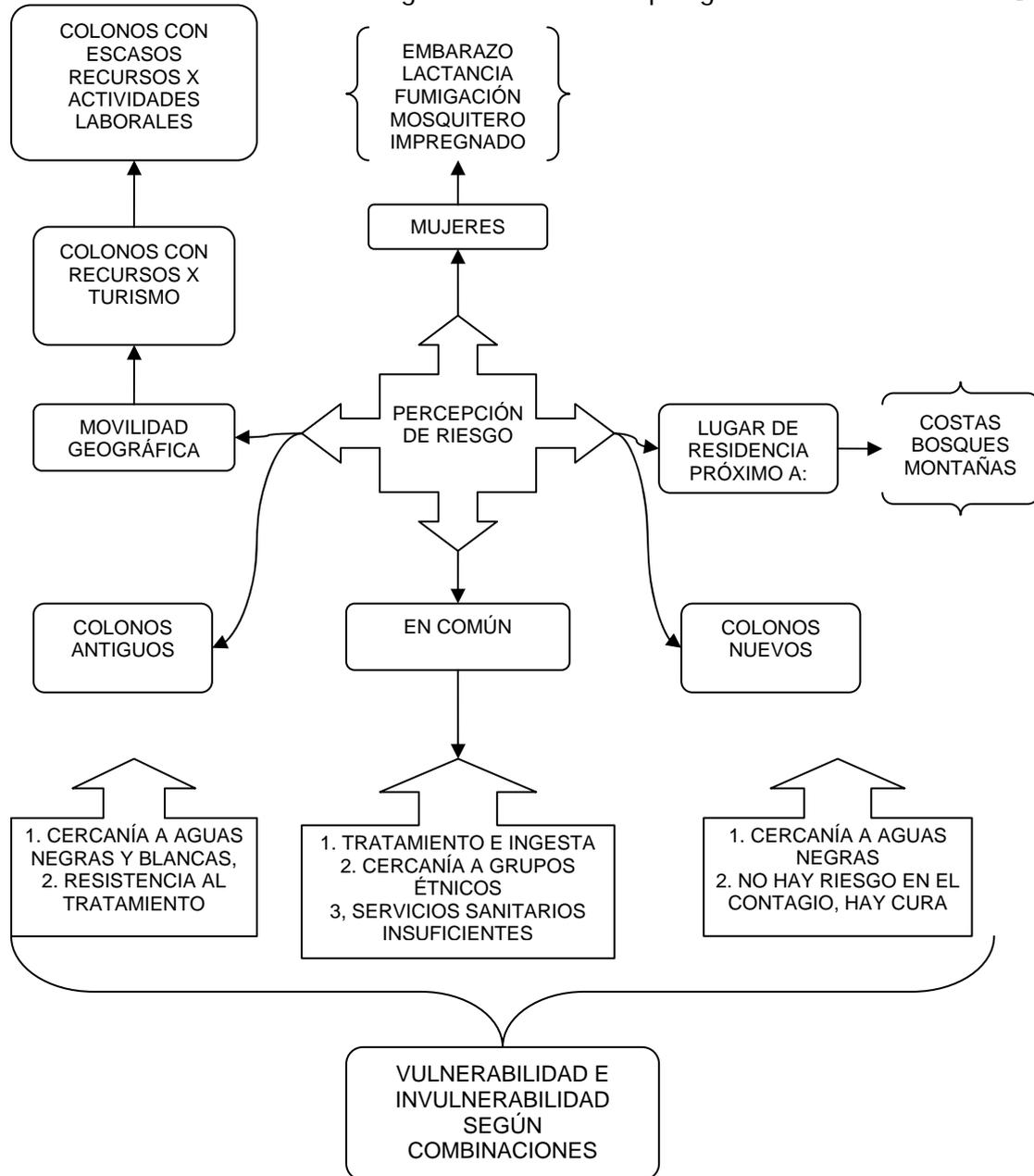
Diagnóstico Socio-Antropológico



ello lo hace más invulnerable al contagio. Sin embargo, la repetición del paludismo en su historia de vida lo hace más vulnerable al mismo debido que genera resistencia al medicamento, como en el caso de la cloroquina.

En razón de estas medidas de vulnerabilidad e invulnerabilidad, se establecen determinantes sociales en cuanto a las prácticas preventivas, la incidencia y prevalencia de la enfermedad, y su mortalidad y morbilidad, ya que los niveles de vulnerabilidad e invulnerabilidad, provenientes de las diferentes relaciones entre las percepciones de riesgo, determinan el nivel de contagio, adherencia al tratamiento, inicio o finalización del mismo, y prácticas de prevención de frente a la malaria.

Diagnóstico Socio-Antropológico



MAPA CONCEPTUAL PERCEPCIÓN DE RIESGO



Diagnóstico Socio-Antropológico



Trayectorias de riesgo

Se distinguen varias trayectorias de riesgo. En primer lugar, la movilidad geográfica de los grupos étnicos en razón de su nomadismo, de las misiones religiosas evangélicas que llevan a cabo y del desplazamiento forzado a causa del conflicto armado en Colombia, constituye un factor para generar brotes maláricos.

De manera similar, una de las principales trayectorias de riesgo entre colonos y mestizos gira en torno al comercio ilegal que se ejerce en la zona y sus implicaciones frente a la movilidad geográfica. Los colonos de la zona se dedican al comercio ilegal de coca (Werima-Vichada), gasolina (Samariapo-Amazonía) y oro (Río Negro, Atabapo, Guainía). Este tipo de comercio constituye un determinante social de la enfermedad, ya que con base en él se establecen focos de malaria en la zona de los cuales se difunde la enfermedad hacia otras regiones a causa de la movilidad geográfica de estas personas: "(...) de Werima subieron unos raspadores [cultivador de coca] con paludismo que iniciaron un brote de malaria en Santa Rosalía" (Funcionario 7, Puerto Carreño). La situación del comercio ilegal es tan dramática que el área programática de Werima, donde se realiza el cultivo de coca, reporta el 80% de casos de malaria del Vichada (Funcionaria 7, Puerto Carreño).

En segundo lugar, el abandono del tratamiento por parte de los pacientes indígenas y colonos, debido a las razones mencionadas en el acápite anterior, puede generar la reaparición de la infección con *plasmodium*, y su consecuente incremento en esplenomegalia y emergencia de áreas hiperendémicas.



Diagnóstico Socio-Antropológico

En tercera instancia, las excavaciones de colonos y mestizos con el propósito de extraer material para la construcción de infraestructura en las ciudades (Puerto Ayacucho y Puerto Carreño), hace vulnerable a la población indígena, ya que como producto de dichas excavaciones se crean criaderos anophelinos cercanos a los asentamientos de los grupos étnicos, factor que incrementa la incidencia y prevalencia de la malaria en la zona.

La razón principal de esta trayectoria de riesgo es la falta de planes de desarrollo y orden territorial, lo cual ha resultado en la excavación indiscriminada de arenilla ("ripio"). A raíz de ello, también en las áreas peri-urbanas de las ciudades, donde habitan los colonos, se hallan pozos artificiales que en la temporada de invierno se convierten en criaderos de anophelinos, cuyo efecto principal es también el aumento de la incidencia y la prevalencia de la malaria en las áreas de asentamientos colonos. Es importante mencionar que dichos pozos rodean a la población de menores recursos (Puerto Carreño: Barrios San Mateo, Simón Bolívar y Galán; Puerto Ayacucho: Barrios El Muelle, El Escondido, Táchira y Guacharaco), por lo cual es un elemento que se suma a su nivel de vulnerabilidad en torno al contagio y difusión del paludismo en este tipo de población.

En cuarto lugar, el manejo de las aguas para el consumo no se hace bajo ningún tipo de prevención entre los grupos étnicos y en algunos colonos. Por esta razón, estas aguas pueden durar semanas enteras en la intemperie, provocando la cría del vector. Finalmente, la penetración del personal de servicios de salud sin un acompañante del grupo étnico o sin formación en multiculturalidad puede resultar en el rechazo de la comunidad y un pobre canal de comunicación que concluye en la imposibilidad de un ejercicio de diagnóstico óptimo y su consecuente carencia de tratamiento.



Diagnóstico Socio-Antropológico

Esto mismo sucede con la población colona pero en relación con el comercio ilegal que esta ejerce. Debido a la condición de ilegalidad, el ingreso de personal médico resulta riesgoso y es mínimo, por lo cual el reporte de casos allí es casi inexistente de tal manera que no existe un registro adecuado de los casos de mortalidad y morbilidad de la enfermedad.

Adicionalmente, en razón del riesgo que representa la presencia de personal médico en estas áreas, la ausencia del mismo genera un bajo grado de cobertura de servicios de salud, por lo cual los pacientes se automedican o conviven con la enfermedad, generando focos maláricos en la zona y aumentando la tasa de mortalidad y morbilidad de malaria en la misma.

La interrelación entre los cinco tipos de trayectorias de riesgo descritas, concluye en una ausencia de vigilancia y control sobre dos determinantes sociales de la enfermedad. Primero, la movilidad geográfica debida al nomadismo, las misiones religiosas, el desplazamiento y el comercio ilegal; en suma con las prácticas no reguladas ni planificadas de desarrollo; más el fracaso de las penetraciones de las brigadas de salud a causa de la presencia de comercio ilegal y de la fractura de la comunicación y contacto cultural con los grupos étnicos, implican una falta de control y vigilancia, cuyo efecto principal es la subsistencia de la condición endémica en la zona. Segundo, el abandono del tratamiento a causa de la falta de percepción de riesgo en esta práctica, genera una repetición sistemática del contagio cuyo efecto principal es la construcción social de un potencial para la emergencia de áreas hiperendémicas, soportado por la falta de control sobre este tipo de prácticas.

La clasificación entre las trayectorias de riesgo disposicionales y situacionales se presenta en la siguiente tabla, y su interrelación se presenta en el mapa conceptual seguido de ésta.



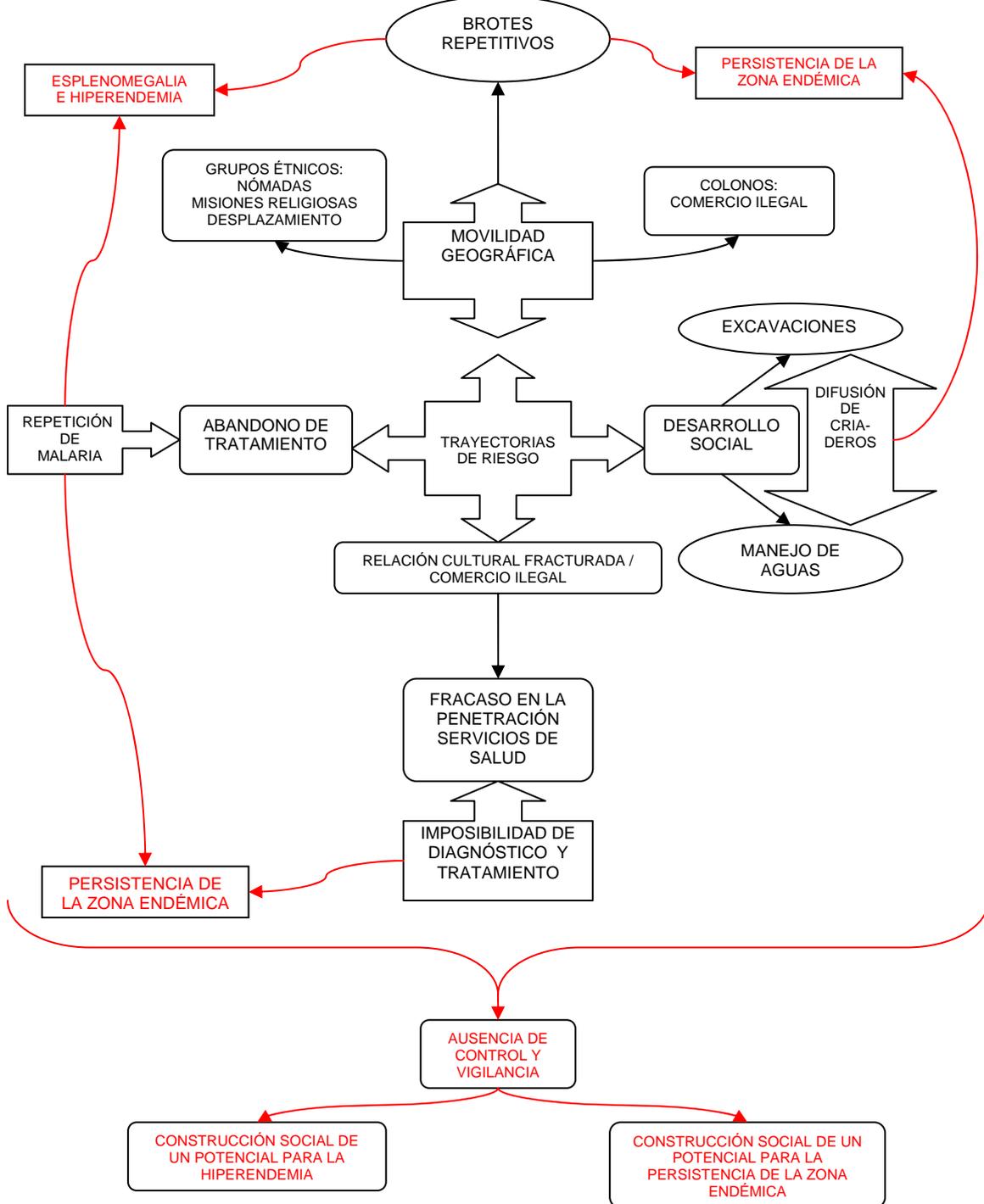
Diagnóstico Socio-Antropológico



Tabla No.16 Trayectoria de riesgo-situacionales y disposicionales

Trayectorias disposicionales	Trayectorias situacionales
Movilidad geográfica	Vivienda ubicada cerca a fuentes de agua.
Abandono del tratamiento	Viviendas o áreas de trabajo ubicadas en zonas sin control de criaderos.
Relaciones culturales fracturadas entre grupos étnicos y personal de salud	Viviendas o areas de trabajo en zonas rurales aisladas de cabeceras municipales.
Excavación y formación de criaderos	
Manejo de aguas para el consumo	
Comercio ilegal y sus consecuencias	

Diagnóstico Socio-Antropológico



MAPA CONCEPTUAL TRAYECTORIAS DE RIESGO



Diagnóstico Socio-Antropológico

Itinerarios terapéuticos

Se han establecido itinerarios terapéuticos en torno a la búsqueda de diagnóstico, medicación y tratamiento, que varían con base en el lugar de residencia de los colonos, mestizos y los grupos étnicos, a saber, residencia rural o urbana. Los habitantes rurales recurren a Centros de Salud y/o Ambulatorios Nivel Dos, según el país. Estos itinerarios muchas veces se truncan por problemas de acceso, ya que no se encuentran los insumos necesarios para la movilización (gasolina, medio de transporte) o porque los itinerarios son muy largos debido a la lejanía. En razón de estos obstáculos, la población rural se inscribe en itinerarios terapéuticos dirigidos hacia tratamientos con base en medicina natural o chamánica.

Por ende, estos tratamientos funcionan como sustitutos de la biomedicina y tienen como propósito aliviar el malestar del paludismo, mas no curarlo. Debido a esto la población rural puede permanecer durante periodos de tiempo, semanas, aliviando su malestar sin que el parásito salga de su organismo. En consecuencia, estos itinerarios terapéuticos sustitutos prolongan los focos de infección en las personas durante periodos de tiempo medianamente extensos, lo cual, a su vez, estimula la difusión de la malaria.

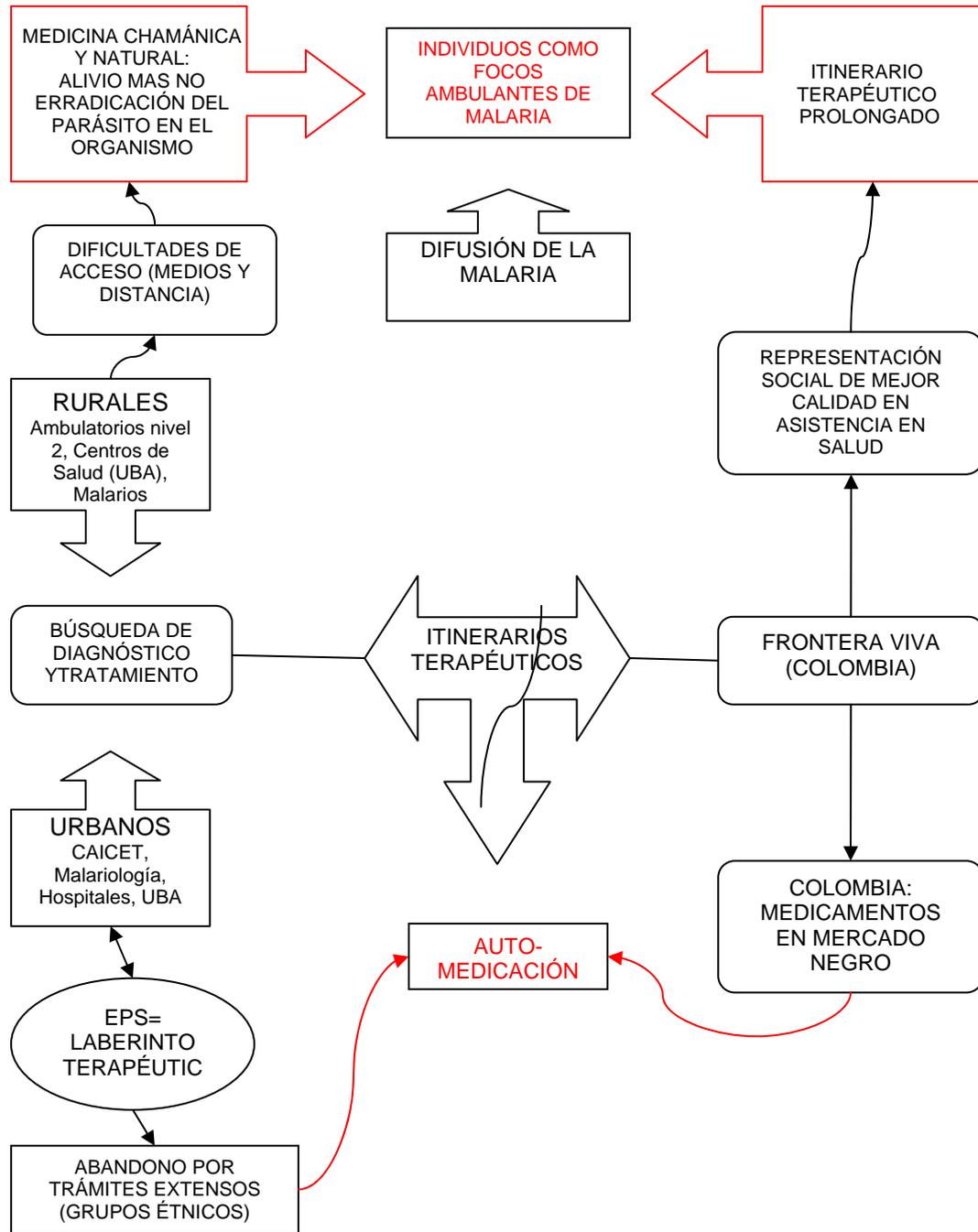
Por otra parte, la población urbana se dirige hacia las diversas instituciones que ofrecen servicio de diagnóstico y tratamiento en las ciudades. En el caso colombiano, los grupos étnicos que hacen parte del régimen contributivo encuentran dificultades en la atención de parte de las EPS. Al ir en búsqueda de atención y ser remitidos a diversos sitios en razón de los trámites que requiere este tipo de servicio, los indígenas representan el servicio de las EPS como un laberinto terapéutico en el cual se extravían, por lo cual lo abandonan. Muchos, en consecuencia, recurren a la automedicación proveniente del mercado negro de medicamentos, estableciendo, por consiguiente, un nuevo itinerario terapéutico inadecuado.



Diagnóstico Socio-Antropológico

En relación a los itinerarios terapéuticos relacionados con frontera viva se presenta un patrón común. Las representaciones sociales en torno a la asistencia en salud en Colombia son positivas, Por ende, los itinerarios terapéuticos de los grupos étnicos, en su mayoría aunque también algunos colonos, tienden a orientarse hacia el hospital San Juan de Dios de Puerto Carreño o hacia el corregimiento de Casuarito en busca de medicamentos. Estos últimos itinerarios terapéuticos, busca de medicamentos y tratamiento en frontera viva, implican el acceso a medicamentos antimaláricos en el mercado negro y sus consecuentes prácticas de automedicación. Adicionalmente, implican el traslado prolongado de personas a lo largo de toda la zona, por lo cual estas se convierten en focos málaricos ambulatorios cuyo efecto principal es la difusión de la enfermedad en la zona y, por consiguiente, el aumento de la prevalencia y la incidencia de la misma.

Diagnóstico Socio-Antropológico



MAPA CONCEPTUAL ITINERARIOS TERAPÉUTICOS



Diagnóstico Socio-Antropológico



Orientación temporal

La orientación temporal de los grupos étnicos se enmarca en una representación social del futuro como un concepto inexistente. Este hecho hace que la noción de prevención de enfermedades sea un concepto ajeno a su cultura y que, por lo tanto, no se apliquen prácticas preventivas. En razón de esto, se establece un determinante social que mantiene constantes los índices de morbilidad, ya que no existe un esfuerzo por erradicar la enfermedad.

Así mismo, la carencia de una cultura preventiva sitúa a los grupos étnicos en un nivel de vulnerabilidad constante ya que no se establece medio alguno para prevenir la malaria. Sin embargo, el uso del mosquitero se halla difundido por los diversos grupos étnicos, pero no sobra decir que su uso gira en torno a las incomodidades provenientes de la picadura de zancudos, mas no a una actitud preventiva frente a la enfermedad.

Con relación a la orientación temporal de los colonos en términos de prevención, el resultado es el mismo: no existe una cultura de prevención entre ellos. Sin embargo, las razones que rodean la ausencia de un sistema cognitivo preventivo que conlleve prácticas del mismo tipo difieren entre colonos e indígenas. Entre los colonos dicha ausencia responde a una cognición en la cual las prácticas preventivas no constituyen prioridades, en tanto que en los grupos étnicos responde a la ausencia de la noción de futuro.

En razón de la orientación temporal de los colonos, la cual no prioriza la prevención de las enfermedades en su cotidianidad, se hace preferible disponer de diversos itinerarios terapéuticos (ya sea para fines sustitutos o complementarios de los tratamientos biomédicos) que les permitan aliviar el malestar cuando este se presenta, a dedicarle tiempo a prácticas preventivas (eliminación de criaderos p.je) para evitar malestares a futuro.



Diagnóstico Socio-Antropológico

A pesar de esto, el uso de mosquiteros también se presenta entre los colonos y mestizos de manera generalizada, y a éste se suma el uso de aire acondicionado, ventiladores y la fumigación con venenos, ACPM y Gasoil. Pero al igual que en el caso de los grupos étnicos, esta práctica preventiva se halla implícita en intereses de comodidad y no de prevención de la enfermedad.

Por lo tanto, al articular la ausencia de un sistema cognitivo preventivo en toda la población, con el uso generalizado de mosquiteros, ventiladores y aire acondicionado en favor de un ambiente casero placentero, se puede inferir que esta última práctica equilibra la ausencia de una orientación temporal preventiva, ya que incurre en prevención a pesar de no hacerlo intencionalmente. De esta forma, se han desarrollado estrategias preventivas implícitas que repercuten en la incidencia de la malaria.

Sin embargo, la ausencia de una orientación temporal preventiva implica un sistema cognitivo que se adapta a las condiciones de salud de la zona pero que no trata de moldear dichas condiciones a su favor. Colonos y grupos étnicos se encuentran en conformidad con la condición endémica de su ambiente y no se ha establecido un sistema cognitivo, entre la misma población, que tienda hacia una orientación temporal en pro de la erradicación de la malaria. Esto conlleva a que la población se halle eternamente expuesta a la enfermedad, y que los índices de morbilidad, si bien no aumenten, se mantengan constantes a menos que algún determinante social (p. ej. movilidad geográfica) genere brotes epidémicos en la zona.

Por otra parte, la orientación temporal de grupos étnicos, colonos y mestizos concibe la temporada de invierno como un periodo en el cual las personas se enferman más debido a la proliferación de criaderos anopheilinos en las cercanías de sus hogares. Así mismo, la orientación temporal de la población de la zona a las actividades laborales. Actividades como la pesca, la cacería y la recolección, o en el caso de los colonos la agricultura, se llevan a cabo en las horas del día. En torno a esta, los grupos étnicos con mayor nivel de aculturación consideran que no están en riesgo de contagiarse de



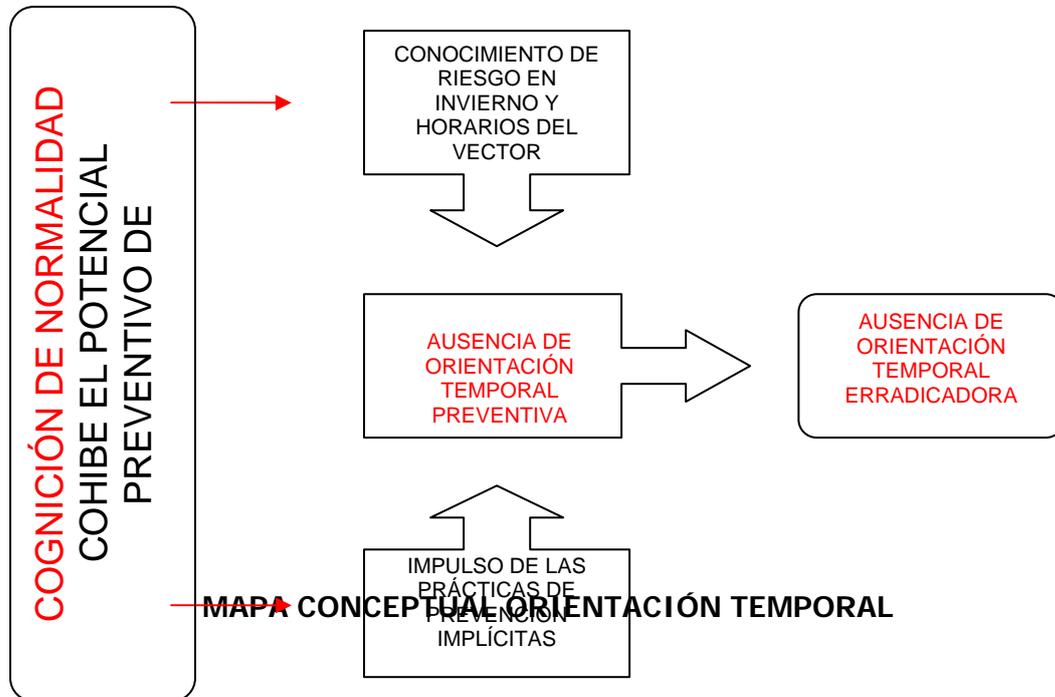
Diagnóstico Socio-Antropológico

malaria durante estas actividades ya que "(...) ese zancudo [anopheles darlingi] sólo pica en las horas de la mañana" (Entrevista 4, Sikuni, Puerto Carreño). Esta cognición es compartida por los colonos con mayor tiempo de residencia en la zona. Sin embargo, este tipo de conocimientos no llegan a establecer una orientación temporal preventiva en la población. Estos conocimientos simplemente constituyen una percepción de riesgo en el tiempo, que no genera prácticas de disminución de dicho riesgo, debido a las razones ya mencionadas.

De esta forma, la ausencia de una orientación temporal preventiva se halla equilibrada por prácticas preventivas implícitas en los intereses por habitar un ambiente casero placentero. Sin embargo, la ausencia de una cognición preventiva implica la convivencia en normalidad con una condición endémica, por lo cual desaparece la posibilidad de un proyecto masivo de erradicación.

Así mismo, los conocimientos acerca de la proliferación del vector en invierno y de los horarios en el cual éste se ataca, no responden sino a percepciones de riesgo que, superadas a otras prioridades o la inexistencia de una temporalidad a futuro, no son impactadas por la población a través de prácticas preventivas.

En conclusión, el potencial de las estrategias de prevención implícitas en otros intereses (mosquitero p. ej), y el de los altos grados de conocimiento frente al vector (invierno), se desperdicia debido a que en el sistema cognitivo de la población la convivencia con la enfermedad se representa socialmente como algo normal y, por ende, las intenciones de erradicación de la enfermedad se hacen completamente inexistentes.





Diagnóstico Socio-Antropológico Bibliografía

- Acción Social. (2006). *Registro único de población desplazada. Acumulado hogares y personas incluidos por departamentos como receptor y expulsor hasta el 31 de mayo del 2006*. Recuperado el 22 de Julio de 2006 de:
http://www.red.gov.co/Programas/Apoyo_Integral_Desplazados/SUR/Registro_SUR_Departamental.htm
- Aguirre, B. (1970). *El proceso de aculturación en México*. México: Comunidad. A-Venezuela. (1999). *Estado de Amazonas. Transporte y vías de comunicación*. Recuperado el 22 de Julio de 2006 de:
<http://www.a-venezuela.com/estados/amazonas/transporte.shtml>
- Barrios, A. (2002). *Un fondo de compensación interterritorial para Venezuela: algunas consideraciones para su diseño*. Recuperado el 22 de Julio de 2006 de:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1012-25082003000100007&script=sci_arttext
- Centro Nacional de Universidades. (2004). *Instituciones de Educación superior. Departamento de Estadística OPSU-CNU*. Recuperado el 22 de Julio de 2006 de:
www.cnu.gov.co
- Colombia Interactiva. (2000). *Vichada*. Recuperado el 22 de Julio de 2006 de:
<http://www.finagro.com.co/colombia/departamento.asp?IDDepartamento=29&Tema=02>
- Concejo Nacional Electoral. (2005). *Elecciones municipales y parroquiales circunscripciones electorales concejales Estado Amazonas Municipio Atures. 2005*. Recuperado el 22 de Julio de 2006 de:
<http://www.cne.gov.ve/pdf/amazonas.pdf>
- Coordinación de Enfermedades de Transmisión por Vector. (2006). *Plan de atención básica. Situación epidemiológica de las ETV en el departamento por áreas programáticas en el 2005*. Puerto Carreño: Secretaria de Salud del Vichada: (s.p).
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (2005). *Proyecciones de población*. Recuperado el 22 de Julio de 2006 de:
http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/series_proyecciones/Dptos/vichada.xls
- Dirección de Impuestos y Aduana Nacionales. [DIAN]. (2000). *Participación porcentual de producto interno bruto (PIB)*. Recuperado el 22 de Julio de 2006 de:
<http://www.dian.gov.co/content/servicios/OEE-Documentos/Cuadernos/ImpuestosNacionales.pdf>
- EUMEDNET. (2000) *Plan Nacional de Desarrollo Regional. Región Guyana*. Recuperado el 22 de Julio de 2006 de:
<http://www.eumed.net/oe-ve/b3/reg-guay.pdf>
- Fundación Escuela de Gerencia Social-Ministerio de Planificación y Desarrollo [FEG]. (2006). *Indicadores demográficos*. Recuperado el 22 de Julio de 2006 de:
http://www.gerenciasocial.org.ve/bases_datos/gerenciasocial/Index.htm



Diagnóstico Socio-Antropológico

- (2004). Educación y deportes. Recuperado el 22 de Julio de 2006 de:
http://www.gerenciasocial.org.ve/bases_datos/gerenciasocial/Index.htm
- (2001). *Censo 2001*. Recuperado el 22 de Julio de 2006 de:
http://www.gerenciasocial.org.ve/bases_datos/gerenciasocial/Index.htm
- (1994). *Condiciones de vivienda*. Recuperado 22 de Julio de 2006 de:
http://www.gerenciasocial.org.ve/bases_datos/gerenciasocial/Index.htm
- (1990). *Proyección de Población*. Recuperado el 22 de Julio de 2006 de:
http://www.gerenciasocial.org.ve/bases_datos/gerenciasocial/Index.htm
- Gobernación del Vichada. (2004). *Generalidades*. Recuperado 22 de Julio de 2006 de:
www.gobvichada.gov.co
- (2004a). *Distribución de la población*. Recuperado el 22 de Julio de 2006 de:
www.gobvichada.gov.co
- (1990). *Vichada. Indicadores demográficos*. Puerto Carreño: Gobernación del Vichada.
- Gobierno en línea. (2005). *Instituto Nacional de Estadísticas-Censo 2001*. Recuperado 22 de Julio de 2006 de:
www.gobiernoenlinea.ve/venezuela/perfil_amazonas.html
- (2006). *Estado de Amazonas*.
Recuperado 22 de Julio de 2006 de:
www.gobiernoenlinea.ve/venezuela/perfil_amazonas.html
- Instituto Geográfico Agustín Codazzi [IGAC], (s.f.). *Diccionario Geográfico de Colombia*. Bogotá: IGAC.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2005). *Mapa de la pobreza*. Recuperado el 22 de Julio de 2006 de:
<http://www.ine.gov.ve/>
- (2006). *Índice del Desarrollo Humano de la República de Venezuela*.
Recuperado el 22 de Julio de 2006 de:
<http://www.ine.gov.ve/>
- (2001). *Reporte Sociodemográfico. Censo de población y vivienda*
Recuperado el 22 de Julio de 2006 de:
<http://www.ine.gov.ve/>
- (2001). *Censo de población y vivienda*.
Recuperado el 22 de Julio de 2006 de:
<http://www.ine.gov.ve/>
- Ministerio de Comercio, Industria y Turismo. (2005). *Ministerio de Comercio, Industria y Turismo*. Bogotá: Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.
- Ministerio de Educación Nacional [MEN]. (2003). *Resolución 166*. Bogotá: Ministerio de Educación.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2003). *Dirección de vigilancia epidemiológica*. Recuperado el 22 de Julio de 2006 de:
<http://www.msds.gov.ve/msds/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=171>
- Misión Guaicaipuro. (2004). *Censo indígena, población indígena por Estado Federal*. Recuperado el 22 de Julio de 2006 de:
www.misionguaicaipuro.gov.ve/Censo.asp



Diagnóstico Socio-Antropológico

- Organización Panamericana de la Salud [Paho]. (1998). *Venezuela. Situación general y tendencias*. Recuperado el 22 de Julio de 2006 de:
<http://www.paho.org/spanish/HIA1998/Venezuela.pdf>
(2002). *Venezuela. Estrategia de cooperación de la OPS/OMS 2002-2006*. Recuperado el 22 de Julio de 2006 de:
<http://www.paho.org/spanish/sha/prflven.htm>
- PROVEA. Todos los derechos para todos. (2006). *Derechos en Salud*. Recuperado el 22 de Julio de 2006 de:
http://www.derechos.org.ve/publicaciones/infanual/2004_05/salud.pdf
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. [PNUD]. (2002). *Una mirada al desarrollo humano en Venezuela*. Recuperado el 22 de Julio de 2006 de:
http://www.pnud.org.ve/idhn_2002/apendice.pdf
- SIJUCO. (2006). *VICHADA*. Recuperado el 22 de Julio de 2006 de:
<http://www.sijuco.net/>
- SIVIGILA. (2001). *Comportamiento por regiones de la malaria*. Recuperado el 22 de Julio de 2006 de:
http://www.col.ops-oms.org/sivigila/2002/BOLE01_02.htm
- Sociedad Venezolana de Infectología. (1999). *Consenso de expertos: Profilaxis de Malaria y Tratamiento de la Malaria Resistente en Venezuela*. Recuperado el 22 de Julio de 2006 de:
<http://www.svinfectologia.org/consma1.html>
- Turismo Guayana. (2005). *Estado Amazonas*. Recuperado el 22 de Julio de 2006 de:
<http://www.turismoguayana.com/Estados/amazonas.html#clima>
- Turismo Yutajé. (2004). *Expediciones Amazonas*. Recuperado el 22 de Julio de 2006 de:
www.mipagina.cantv.net/turismoamazonas/informacion.htm
- Universidad de los Andes. (2004). *Geografía Económica de Colombia. Meta y Vichada*. Recuperado el 22 de Julio de 2006 de:
http://www.portafolio.com.co/porta_dono_online/DOC_ATPA/atpa/ARCHIVO/ARCHIVO-2783075-0.pdf
Indicadores Sociodemográficos. (2004) (2004a). Recuperado el 22 de Julio de 2006 de:
http://www.portafolio.com.co/porta_dono_online/DOC_ATPA/atpa/ARCHIVO/ARCHIVO-2783075-0.pdf

Diagnóstico Socio-Antropológico

CAPITULO 5 ZONA HOMOGÉNEA
DEPARTAMENTO DE AMAZONAS
DEPARTAMENTO DE LORETO

Región Departamento del Amazonas – Colombia

Tabla No. Ficha técnica de entrevistas

Localidades	Leticia, Mocagua, Macedonia, Arara, Nazareth
Entrevistas comunitarias	N = 12
Grupos focales	N = 3. Personas=22
Entrevistas sector oficial salud	N = 12

**1. ORGANIZACIÓN SOCIAL
DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS – COLOMBIA**

Caracterización territorial

La entidad territorial Amazonas, fue creada inicialmente como Comisaría en 1928. En 1991, con la Constitución Política del 91 fue elevada a Departamento (Gobernación del Amazonas 2005).

Tabla No. 1 Características geográficas

Extensión	109.665 km ² , ocupación del 1,42% del ecosistema amazónico mundial y el 27,2% de la Amazonía colombiana.
Ubicación	Se localiza en la parte sur de Colombia, en el sector noroccidental de la cuenca amazónica a los 04°13,5' de latitud Sur y 00°20' de latitud Norte y entre los 069°30' longitud Oeste y los 074°20' de longitud Este de Greenwich.
Límites	Vaupés, Caquetá y Putumayo en Colombia, y con los países de Brasil y Perú.
Clima	Tropical lluvioso de selva.
Precipitación	2550 – 4250 mm/año.
Temperatura	Entre 24,7 y 28,0°C.
Humedad relativa	Entre 84 al 91%.
Altitud	Entre los 84 msnm en Leticia a unos 500 msnm en la escarpa de Araracuara
Hidrografía	Amazonas, Putumayo, Caquetá y sus afluentes

Fuente. Gobernación del Amazonas. 2005.



Mapa No. 1 ZONA HOMOGÉNEA

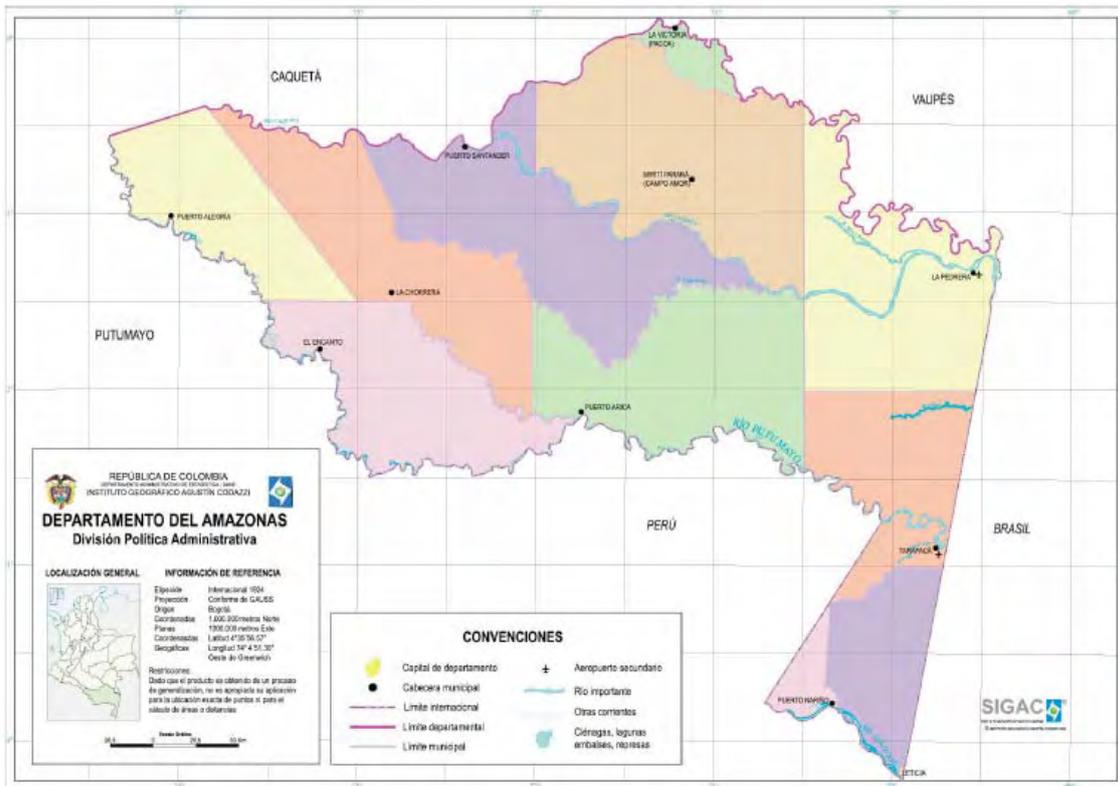
Fuente mapquest.com (2006)

División político administrativa

Tabla No. 2 Organización Política

Municipios	Leticia (capital) Puerto Nariño
Corregimientos	Tarapacá La Pedrera Puerto Arica Puerto Santander Mirití-Paraná. El Encanto. La Chorrera. Puerto Alegría

Fuente. Gobernación del Amazonas. 2005.



Mapa No. 2 DIVISIÓN POLÍTICA DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS

Fuente. Instituto geográfico Agustín Codazzi. 2005.

Aspectos demográficos

Tabla No. 3 Proyección de la población

Municipio Corregimiento	Total Población	Km2	Hab/km 2	Cabecera	Resto	%Pob Zona	x
Leticia	42.877	5.829	7,36	29.669	13.208	53,27%	
El Encanto	5.494	11.074	0,50	0	5.494	6,83%	
La Chorrera	9.754	12.461	0,78	0	9.754	12,12%	
La Pedrera	3.267	15.385	0,21	0	3.267	4,06%	
La Victoria		1.443	0,00				
Miriti-Paraná	4.572	16.564	0,28	0	4.572	5,68%	
Puerto Arica		8.394	0,00				
Puerto Nariño	7.190	13.350	0,00				
Puerto Santander	3.140	14.915	0,21	0	3.140	3,90%	
Tarapacá	4.193	8.775	0,48	0	4.193	5,21%	
TOTAL	80.487	109.665	0,73	31.784	48.703	100,00%	



Diagnóstico Socio-Antropológico

Fuente. DANE. Citado por Gobernación del Amazonas. 2005.

La distribución de la población en el departamento a nivel de cabecera municipal es del 53,2% y en el área rural es de 46,8%. Según género, el 51,8% son hombres y el 48,2% son mujeres. (Gobernación del Amazonas 2005:23). La distribución por grupos etáreos se presenta en la siguiente tabla:

Tabla No. 4 Distribución por grupos etáreos

Grupo Etáreo	Porcentaje
Menores de 1 año	3,45%
1- 4 años	12,8%
5 – 14 años	28,4%
15 - 44 años	40,5%
Mayor de 45 años	10,4%

Fuente. Gobernación del Amazonas. 2005.

En esta tabla no se registran los datos de Puerto Arica, Puerto Alegría y La Victoria.

Por último, es importante señalar que la tasa bruta de natalidad para Leticia es del 12,6% x 1000 habitantes. La tasa global de fecundidad del departamento es de 126,0% x 1000 habitantes. Estos registros son muy superiores a las tasas globales nacionales.

Población indígena

El departamento del Amazonas tiene una población indígena rural aproximada de 19.879 individuos pertenecientes a 24 etnias. Habitan en 25 resguardos legalmente constituidos.

Tabla No. 5 Distribución población indígena

Nombre	Municipio(s) / Corregimiento(s)	Etnias predominantes	Has	No. Habitantes
AMAZONAS (25)				
Arara	Leticia	Tikuna	12.308,0	282
Camaritagua	La Pedrera	Yucuna, Miraña, Tanimuka, Matapí	8.878,8	88
Comeyafú	La Pedrera	Yucuna, Tanimuka, Matapí, Miraña	19.180,0	355
Curare - Los Ingleses	La Pedrera	Yucuna, Cubeo	212.320,0	190
Isla de Ronda	Leticia	Cocama	60,2	223
Kilómetros 6 y 11 carretera Leticia - Tarapacá	Leticia	Ticuna, Uitoto	7.540,5	306
La Playa	Leticia	Ticuna	246,9	382
Mirití - Paraná	Mirití Paraná, La Pedrera	Yucuna, Tanimuka, Matapí, Letuama, Miraña	1.600.000,0	1.200
Mocagua	Leticia	Ticuna	5.255,0	149
Macedonia	Leticia	Ticuna	3.410,0	339
El Vergel	Leticia	Ticuna	2.525,0	46
Zaragoza	Leticia	Ticuna	5.560,0	187
Nonuya de Villazul	Puerto Santander	Nonuya, Muinane, Andoque, Uitoto, Letuama, Yucuna	59.840,0	119
Nazaret	Leticia	Ticuna	1.367,0	192
Puerto Córdoba	Mirití	Yucuna, Tanimuka, Matapí, Miraña	39.700,0	143
Puerto Nariño	Puerto Nariño, Leticia	Ticuna, Cocama, Yagua	86.871,7	2.407
Puerto Triunfo	Leticia	Ticuna, Cocama	453,2	102
Ríos Cotuhé - Putumayo	Tarapacá	Ticuna	245.227,0	861
San Antonio de Los Lagos	Leticia	Ticuna	188,8	232
San Sebastián	Leticia	Ticuna	58,9	96
San José del Río	Leticia	Cocama	548,6	224
San Juan de los Parentes	Leticia	Ticuna	46,1	74
Santa Sofía y El Progreso	Leticia	Ticuna, Yagua	4.209,0	210
Predio Putumayo	Puerto Santander, Puerto Alegría, Arica, Encanto, La	Uitoto, Murui, Muinane, Bora, Ocaina, Andoke,	5.869.447,5	10.335



Diagnóstico Socio-Antropológico

	Chorrera, Puerto Leguizamo	Carijona, Miraña, Yucuna, Cabiari, Inga, Siona, Letuama		
Yaigojé - Apaporis	Mirití Paraná, La Pedrera, Pacoa, Taraira	Macuna, Tanimuca Yucuna, Barasano, Letuama, Matapí, Yuhup	1.020.320,0	1.137
Total Amazonas			9.205.562,2	19.879

Fuente. Hernández, N. 2005.

Redes sociales

Las redes sociales identificadas en el departamento del Amazonas están dadas fundamentalmente por ONGs:

- Asociación de Mujeres Ahorradoras (Leticia)
- Juntas de Acción Comunal (27 municipio de Leticia; 1 municipio Puerto Nariño; y 2 cabeceras corregimentales)
- Asociaciones de artesanos.
- Comités Anticorrupción (1 en Leticia y otro en Puerto Nariño).
- Veedurías Ciudadanas (1 en Leticia y otra en Puerto Nariño).
- Fundación GAIA-AMAZONAS.
- Fundación Tropenbos Internacional- Colombia.
- Fundación Natura.
- Fundación Omacha.
- Conservación Internacional.
- CODEBA



Diagnóstico Socio-Antropológico

Organización comunitaria

Para las comunidades indígenas la autoridad la detenta tanto los adultos mayores (hombres y mujeres con gran conocimiento) entre los que se encuentran los gobernadores, curacas o capitanes.

De acuerdo a la Constitución Política de 1991 se estableció un nuevo ordenamiento territorial del país en el que las Entidades Territoriales Indígenas (ETIs) serán una de las nuevas formas político administrativas en el país, las cuales serán gobernadas por sus autoridades tradicionales. Para este fin se crearon las Asociaciones de Autoridades Tradicionales Indígenas –AATI- (Decreto 1088 de 1993) como entidades de Derecho Público de carácter especial para que sean el nexo entre las comunidades de los territorios indígenas con la gobernación del departamento para desarrollar procesos de descentralización administrativa. En la siguiente tabla se presentan las AATI existentes en el departamento del Amazonas.

Tabla No. 6 AATI presentes en el departamento del Amazonas

Sigla	Nombre de la Organización
ACIMA	Asociación de Capitanías Indígenas de Mirití Amazonas
AIPEA	Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas de L a Pedrera Amazonas
ACIYA	Asociación de Capitanes y Autoridades Tradicionales Indígenas del Resguardo Yaigogé Apaporis
PANI	Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas Bora Miraña
CRIMA	Consejo Regional Indígena del Medio Amazonas
CIMTAR	Asociación Cabildo Indígena Mayor de Tarapacá
AIZA	Asociación de Autoridades Indígenas de la Zona de Arica
AZICATCH	Asociación Zonal Indígena de Cabildos y Autoridades Tradicionales Indígenas de La Chorrera
OIMA	Organización de Cabildos Indígenas Murui del Amazonas
COINPA	Asociación Consejo Indígena de Puerto Alegría
AZCAITA	Asociación Zonal de Autoridades Indígenas de Tradición
ACITAM	Asociación de Cabildos Indígenas del Trapecio Amazónico
TICOYA	Cabildo Mayor Puerto Nariño

Fuente. Hernández, N. 2005.

Para población no indígena la organización esta sujeta a las normas que rigen la visión político-administrativa nacional.



Diagnóstico Socio-Antropológico



Economía

En general, el desarrollo económico del departamento es bajo dada su ubicación geográfica y los altos costos de producción y comercialización de bienes y servicios. (Gobernación del Amazonas 2005)

Tabla No. 6 Actividades económicas por sectores

Sector	Actividad
Primario	Producción agrícola de pequeña escala (autoconsumo). Pesca. Subsistencia; comercial y peces ornamentales. Explotación maderera. (Puerto Nariño y Tarapacá).
Secundario	Dos fábricas de gaseosas.
Terciario	Estado como mayor empleador. Comercio. Centralizado en Leticia y las cabeceras corregimentales. Turismo. (Trapecio Amazónico). Artesanías.

Fuente. Gobernación del Amazonas. 2005.

La tasa de desempleo está estimada entre el 25 y el 28%.

Sistemas de transporte

Existe una malla vial concentrada en la zona urbana de Leticia que se extiende por seis kilómetros donde se empieza ver un poblamiento a lo largo de la carretera. Además se cuenta con un aeropuerto internacional (Leticia) y 5 pistas de aterrizaje en los corregimientos. Es importante anotar que La vía fluvial es la más usada en la región debido a la ecología de la región. En ella están presentes tres ríos. Amazonas, Putumayo y Caquetá.



Diagnóstico Socio-Antropológico



Saneamiento ambiental y Servicios públicos

- Sólo el 20% de las viviendas en las cabeceras corregimentales tiene un sistema de abastecimiento de agua por acueductos menores.
- 7% de la población cuenta con agua potable. (Concentración en Leticia).
- El 45% de la población tiene conexión a alcantarillado o a algún sistema de eliminación de residuos o sistema de disposición.
- Sólo el municipio de Puerto Nariño posee un relleno sanitario de operación manual.
- Energía eléctrica precaria. Leticia posee una termoeléctrica que funciona las 24 horas. 45 sitios que poseen plantas eléctricas que funcionan entre 4 a 10 horas por día. Altos costos.
- No hay ampliación de redes de energía.
- Existen puntos de Compartel en los Corregimientos; una red telefónica en Leticia; telefonía celular (Movistar, Comcel, Ola)

Sistema educativo

- Población en edad escolar en el departamento es de 28.170, se atendieron 20.374 en el 2005,
- Fuentes de financiación de centros educativos oficiales: Sistema General de Participaciones; Fondo Nacional de Regalías; y proyecto de Asociaciones de Autoridades Tradicionales Indígenas (AATI).

Instituciones, alumnos y docentes

Tabla No.7 Indicadores sistema educativo

Municipio / Corregimiento	INSTITUCIONES EDUCATIVAS					Establecimientos		Alumnos 2004	Alumnos 2005	DOCENTES DIRECTIVOS 2004		
	Fusionadas	Asociadas	FN R	Privado	Público	Total	Nombrados			Provisoriales		
EL ENCANTO					8	642	617	28	24	4		
LA CHORRERA					7	535	565	28	27	1		
LA PEDRERA	0	1	15		19	454	947	21	12	9		
LA VICTORIA	0	1			1	83	37	3		3		
LETICIA	3	4		6	37	11.892	13.682	542	452	90		
MIRITI	0	1	6		7	207	351	5	4	1		
PTO. ALEGRÍA					5	225	249	10	10	0		
PTO. ARICA	0	7			7	245	276	10	10	0		
PTO. NARIÑO	1	1			15	2.117	2.080	91	79	12		
PTO. SANTANDER					12	546	606	29	24	5		
TARAPACA	0	1			12	898	934	28	11	17		
TOTAL	4	16	21	6	130	17844	20374	795	653	142		

Fuente. Departamento Administrativo de Educación, Cultura y Deporte. Citado por Gobernación del Amazonas. 2005.

Educación superior. Presencia de dos universidades e ingerencia de otras 13.



Diagnóstico Socio-Antropológico

Tabla No. 8 Educación Superior

UNIVERSIDAD	MODALIDAD			No. PROGRAMAS PREGRADO	POSGRADO	DIPLOMA DO
	Presenci al	SEM I	Distancia			
Nacional de Colombia	X	X		3	3	
Amazonia	X			2		
ESAP		X		1		
Tolima		X		2		
Militar Nueva Granada		X			1	
Javeriana			X		1	
UNAD			X	2		
Bosque			X	1		
Bolivariana			X	1		
Externado			X			1
Los Libertadores			X	2		
Del Área Andina			X	1		
Francisco de Paula Santander			X	3		
Fundación Universitaria del Área Andina			X	3	1	
Inst. Marco Fidel Suárez			X	1		

Fuente. Gobernación del Amazonas. 2005.

Servicios de Salud

Secretaría de Salud Departamental del Amazonas

La Secretaría de Salud Departamental es un ente que depende de la Gobernación del Amazonas. Cuenta con una red de servicios en el municipio de Puerto Nariño y en los corregimientos de La Pedrera, Tarapacá, Mirití – Paraná, Puerto Santander y Puerto Arica. Su planta de personal cuenta con 218 cargos.

- 1 directivo.
- 3 asesores.
- 8 ejecutivos.
- 45 profesionales.
- 19 técnicos.
- 97 auxiliares.
- 45 promotores de salud de planta.



Diagnóstico Socio-Antropológico

- 17 promotores de salud voluntarios.¹⁶

Además existen 9 médicos particulares y un laboratorio privado.

A continuación se presenta la distribución del personal de la Secretaría Salud del departamento:

Tabla No. 9 Distribución personal de salud Secretaría de Salud

Localidad	Mé- co	Odo- nt.	Bact.	Enf.	Aux. Enf	Tec. San.	Pro m.	Aux. Adm.	SVC: Gral	Total
Pto.Nariño	2	1	1	1	6	1	7	1	3	23
Tarapacá	2	1	1	1	4		7	1	2	19
Pedrera	2	1	1	1	4	1	6	1	3	20
P.Santander	1	1	1	1	4	1	6	1	2	18
Sn.Rafael	1	1	1	1	4	1	7	1	3	20
Chorrera	1	1	1	1	4	1	8	1	2	20
La Victoria	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Pto.Alegría	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Mirití	0	1	0	1	2	0	1	0	0	5
Pto. Arica	1	1	0	1	2	0	0	0	1	6
Apaporis	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3
Total	10	8	6	8	32	5	45	6	16	136

Fuente. Recursos Humanos SSD. 2005. Citado por Gobernación del Amazonas. 2005.

La prestación de servicios de salud en el departamento del Amazonas se realiza a través de IPS (Instituciones Prestadoras de Salud) privadas y públicas, una ESE (Empresa Social del Estado) Hospital San Rafael - Leticia y profesionales independientes. En los corregimientos la Dirección de Salud Departamental administra una red de prestación de servicios, la cual es usada mayoritariamente por población perteneciente al Régimen Subsidiado y por la población pobre no asegurada (vinculados). La red cuenta con:

- 8 Centros de Salud, distribuidos por los corregimientos.
- Un hospital en Puerto Nariño.

¹⁶ Gobernación del Amazonas. 2005. Plan Departamental de Desarrollo: Entre todos podemos. Vigencia 2005-2007. P.p. 18.

Diagnóstico Socio-Antropológico

- 83 Puestos de Salud de primer nivel y baja complejidad. Estos están a cargo de los promotores de salud elegidos por las comunidades.



Puesto de Salud Comunitaria Mocagua

Para efectos de este informe, es importante anotar que existen dos dependencias especiales de la Secretaría de Salud relacionadas con la malaria como son: la Coordinación de Patologías – ETV; y el Laboratorio de Salud Pública.

Actualmente la Coordinación de ETV está conformado por:

- Una coordinadora (enfermera).
- Un supervisor.
- Dos técnicos de ETV.
- Una bacterióloga.

Por su parte, el Laboratorio de Salud Pública cuenta con el siguiente personal:

- Un auxiliar de laboratorio.
- Cuatro bacteriólogos.
- Una bacterióloga coordinadora.



Diagnóstico Socio-Antropológico



Mortalidad

De acuerdo a los datos de la Secretaría de Salud Departamental, en el Amazonas se registraron 172 muertes para el año 2005. Las principales causas de mortalidad por sexo fueron:

Tabla No. 10 Causas Mortalidad

Causa Básica	Total	Masculi- no	Femeni- no
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	13	10	3
Enfermedades infecciosas intestinales	10	8	2
Infecciones respiratorias agudas	10	6	4
Ahogamiento y sumersión accidentales	9	7	2
Enfermedades hipertensivas	8	4	4
Otras enfermedades respiratorias	7	4	3
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	7	5	2
Accidentes causados por disparo de armas de fuego	7	7	0
T. maligno de hígado y vías biliares	5	2	3
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento.	5	3	2
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	14	7	7
Todas las demás causas	77	48	29
TOTAL	172	111	61

Fuente. Sección Recursos de Información. Secretaría de Salud Departamental. 2006.

Las enfermedades infecciosas intestinales, las infecciones respiratorias agudas y las deficiencias nutricionales son las principales causas de mortalidad en los menores de 4 años. Para el grupo etáreo de los 15 – 44 años se registra el ahogamiento y accidentes causados por disparo de armas de fuego como las causas más recurrentes. En cuanto a la población mayor de 45 años se registra que los decesos se presentan especialmente por las enfermedades hipertensivas y los tumores malignos de hígado y vías biliares. Por último, es importante anotar que desde 1999 no se reporta en el departamento ningún caso de muerte por malaria.

Diagnóstico Socio-Antropológico
Región Departamento de Loreto – Perú

Tabla No. 11 Ficha técnica de entrevistas

Localidades	Iquitos, Santa Clara, Shiriara (Nanay), Gamitana (Mazán), Mazán, Moronacocho, Santa Rosa, Islandia
Entrevistas comunitarias	N = 13
Grupos focales	N = 2. Personas=50
Entrevistas sector oficial salud	N = 11

**1.1 ORGANIZACIÓN SOCIAL
DEPARTAMENTO DE LORETO PERÚ**

Caracterización territorial

El departamento de Loreto es el más grande del país y cubre el 29% del territorio peruano.

Tabla No. 12 Características geográficas

Extensión	368.851,95 km ² . Tiene 3.954,3 km lineales de frontera internacional (Ecuador 1285 km, Colombia 1515 km y Brasil 1154,3 km).
Latitud Sur	00°02'37" N, 04°22'41" E, 08°42'01" S, 04°50'25" O
Longitud Oeste	75°10'29" N, 69°56'57" E, 75°56'44" S, 77°48'41" O.
Altitud	Oscila entre los 61 msnm (distrito de Yavarí) y los 220 msnm (distrito Balsapuerto).
Clima	Tropical lluvioso de selva.
Temperatura	entre 25 a 35 grados centígrados.
Hidrografía	Ríos Ucayali, Marañón, Napo, Nanay, Itaya, Campiyacu, Cochiquinas, Yavarí, y Putumayo, entre otros.

Fuente. DRSA Loreto. 2003.



Diagnóstico Socio-Antropológico



División político-administrativa

El departamento de Loreto está dividido en 6 provincias y 48 distritos y tiene como capital la ciudad de Iquitos. (ASIS – Dirección Regional de Loreto 2003: 17)

Tabla No. 13 División Política - Administrativa

Provincia	Capital	Distritos
ALTO AMAZONAS	Yurimaguas	11
LORETO	Nauta	5
MARISCAL RAMON CASTILLA	Caballococha	4
MAYNAS	Iquitos	11
REQUENA	Requena	10
UCAYALI	Contamina	7

Fuente. DRSA Loreto. 2003.

Diagnóstico Socio-Antropológico



Mapa No. 3 Región de Loreto

Fuente. DRSA Loreto. 2003.

Aspectos demográficos

Loreto, es el departamento mas grande del país y cuenta con una gran diversidad cultural. Para el 2002 contaba con una población total proyectada de 921.572 habitantes. De acuerdo a los datos plasmados en el ASIS 2003 por parte de la Dirección Regional de Salud de Loreto, el 58% de la población del departamento vive en áreas urbanas, mientras que el 42% vive en áreas rurales.

Diagnóstico Socio-Antropológico

Tabla No. 14 Distribución de la población por grupos etáreos 2002

Provincia Distrito	Pob.	Grupos de edad								
		< 1a	1-4a	5-9a	10-14a	15-19a	20-44a	45-64a	65 a +	
Loreto	92172	26.398	103.90	125.03	115.54	103.72	321.887	99.226	25.851	
Maynas	523492	14.995	59.020	71.025	65.638	58.920	182.850	56.363	14.681	
Alto Amazonas	156.20	8	4.474	17.613	21.195	19.584	17.583	54.559	16.819	4.381
Loreto	67.319	1.928	7.589	9.134	8.440	7.578	23.510	7.248	1.892	
R.Castilla	45.104	1.292	5.086	6.119	5.654	5.076	15.754	4.857	1.266	
Requena	67.262	1.928	7.582	9.125	8.433	7.570	23.494	7.244	1.886	
Ucayali	62.187	1.781	7.011	8.438	7.796	7.001	21.720	6.695	1.745	
Porcentaje		2,86	11,27	13,57	12,54	11,26	34,93	10,77	2,81	

Fuente. ENDES 2000. Citado por DRSA Loreto. 2003.

Tasa global de fecundidad

En cuanto a la tasa global de fecundidad, el departamento de Loreto tiende a la disminución, mientras que la fecundidad en adolescentes es muy alta con relación al resto del país.

Tabla No. 15 Fecundidad en adolescentes (15 a 19 años)

Características	Ya son madres(%)	Están embarazadas con el primer hijo (%)	Total alguna vez embarazadas(%)
País	10,7	2,3	13,0
Urbana	6,9	2,2	9,2
Rural	19,2	2,5	21,7
Loreto	26,6	7,8	34,4
Lima Metropolitana	5,7	2,4	8,1
Resto Costa	7,5	1,8	9,3
Sierra	13,5	2,0	15,5
Selva	21,5	4,1	25,7

Fuente. INEI – ENDES 2000. Citado por DRSA. 2003.

Índices de pobreza

De acuerdo a los datos plasmados en el ASIS 2003, y tomados de FONCODES, 526.584 habitantes del departamento se ubican en el quintil 1 o de condición aceptable. En el quintil 2 se ubican 44.031 habitantes y en el quintil 3 se registran 113,062 habitantes. En el quintil cuatro se encuentran 91.616 habitantes y en el quintil 5, los de mayor pobreza, se registran 132.048 habitantes.

Tabla No. 16 Índices de Pobreza

QUINTIL	DISTRITO	Índice absoluto de pobreza	Índice relativo de pobreza	% Hogares con 1 o más NBI	% Hogares con 2 o más NBI
1	IQUITOS	0,4	22,39	31,6	33,2
	SAN JUAN BAUTISTA	0,4	26,39	36,0	31,4
	BELEN	0,4	26,39	33,5	33,3
	PUNCHANA	0,4	26,39	42,1	26,4
	YURIMAGUAS	0,4	27,13	31,7	34,7
	VARGAS GUERRA	0,5	34,65	33,6	27,3
	MAQUIA	0,6	34,77	34,7	22,7
	CAPELO	0,6	35,05		
	PUTUMAYO	0,6	35,06	26,2	49,7
	SARAYACU	0,6	36,08	34,9	48,2
2	TENIENTE CESAR LOPEZ	0,6	37,01	34,4	37,0
	PUINAHUA	0,6	37,14	31,9	41,4
	MANSERICHE	0,6	37,46	36,7	37,7
	TROMPETEROS	0,6	37,65	43,1	29,1
	SAPUENA	0,6	37,75	28,7	33,2
	EMILIO SAN MARTIN	0,6	37,80	17,8	45,6
	TAPICHE	0,6	38,08	28,5	33,0
	INAHUAYA	0,6	38,27		
	YAQUERANA	0,6	38,90	32,0	23,5
	MORONA	0,6	39,11	26,8	37,2
3	PADRE MARQUEZ	0,6	39,36	32,9	29,9
	TIGRE	0,6	39,40	35,0	29,8
	BARRANCA	0,6	39,44	27,6	40,0
	RAMON CASTILLA	0,6	39,61	35,7	32,6

Diagnóstico Socio-Antropológico

	PEVAS	0,6	39,80	34,8	30,6
	LAGUNAS	0,6	39,95	33,6	32,6
	INDIANA	0,6	40,19	25,8	42,1
	FERNANDO LORES	0,6	40,77	41,9	37,9
	PAMPA HERMOSA	0,6	41,02	22,3	31,9
	ALTO NANAY	0,6	41,05	72,1	23,4
4	YAVARI	0,7	41,34	22,6	31,0
	SOPLIN	0,7	41,36	26,6	34,9
	CONTAMANA	0,7	41,77		
	ALTO TAPICHE	0,7	41,82	14,8	29,5
	REQUENA	0,7	41,86	26,9	31,2
	SANTA CRUZ	0,7	42,03	5,1	25,3
	NAPO	0,7	42,26	24,9	30,0
	LAS AMAZONAS	0,7	42,34		
	JEBEROS	0,7	42,36		
5	PASTAZA	0,7	42,40	23,0	37,0
	JENARO HERRERA	0,7	42,46	45,4	30,0
	PARINARI	0,7	42,65	33,1	24,0
	NAUTA	0,7	42,70	30,7	40,3
	MAZAN	0,7	42,87	28,5	40,3
	BALSAPUERTO	0,7	43,08	29,9	32,1
	TORRES CAUSANA	0,7	43,62	36,5	29,9
	SAN PABLO	0,7	44,29	31,6	33,7
	URARINAS	0,7	44,70	42,2	36,8
	CAHUAPANAS	0,7	45,73	27,6	19,6

Fuente. DRSA. 2003.

Finalmente, se informa que para el 2002 el 66,3% de la población hacia parte de la "Línea de pobreza" del la cual el 40,8% vive en una "pobreza extrema". Para ese año el ingreso promedio mensual fue de 240.3 soles mientras que en Lima fue de 628,6 soles. La pobreza en hogares monoparentales para ese año fue del 54.5% para las mujeres y 26,0 para los hombres.

Población indígena

En el Censo de 1993 se estimó la población indígena de Loreto en 58.652 habitantes, representando el 8.53% del total de la población del departamento, distribuidas en 477 comunidades. Las provincias con mayor número absoluto de personas según este Censo son: Alto Amazonas (27.947 habitantes), Loreto (8.100 habitantes), Ramón Castilla (5.322) y Maynas (13.733 habitantes). (ASIS-DRSA 2003: 36 - 37)

Tabla No. 17 Distribución étnica por distrito y provincia

Etnia	Distrito	Provincia
Achual, Aguaruna, Candoshi, Chayahuita, Huambisa	Morona	Alto Amazonas
Achual, Candoshi, Quichua	Pastaza	
Aguaruna, Huambisa, Quichua	Barranca	
Aguaruna, Candoshi, Chayahuita	Cahuapanas	
Aguaruna	Manseriche	
Candoshi, Chamicuro, Chayahuita, Cocama-Cocamilla	Lagunas	
Chayahuita	Balsapuerto	
Chayahuita	Jeberos	
Chayahuita	Tnte César López	
Cocama Cocamilla	Santa Cruz	
Chayahuita	Yurimaguas	
Achual, Jíbaro, Quichua, Urarina	Trompeteros	Loreto
Urarina	Urarinas	
Achual, Quichua	Tigre	
Cocama Cocamilla	Nauta	
Cocama Cocamilla	Parinari	
Orejón, Quichua	Mazán	Maynas
Mayoruna-matsés	Yaquerana	
Huitoto-meneca	Punchana	
Arabela, Huitoto-Murui, Orejón, Quichua	Napo	
Cocama-cocamilla, Huitoto-meneca, Huitoto-muinane, Huitoto-murui, Ocaina, Orejón, Quichua, Secoya, Ticuna, Yagua	Putumayo	
Huitoto-meneca, Yagua	Indiana	

Diagnóstico Socio-Antropológico

Yagua	Las Amazonas	Ramón Castilla
Quichua, Secoya	Torres Causano	
Ticuna, Yagua	Ramón Castilla	
Ticuna	Yavarí	
Bora, Huitoto-meneca, Huitoto-murui, Ocaina, Yagua	Pevas	
Capanahua	Alto Tapiche	Requena
Capanahua	Emilio San Martín	
Cocama Cocamilla	Maquia	
Cocama Cocamilla	Padre Márquez	Ucayali

Fuente. DRSA. 2003.

Redes Sociales

- Consejo Regional de Salud de Loreto. Conformado por representantes de: Gobierno Regional, Dirección Regional de Salud, ESSALUD, municipalidades, instituciones técnicas y universitarias, trabajadores del sector salud, organizaciones sociales, Consejos Provinciales de Salud, entre otros. Su objetivo es la construcción de Planes Regionales Concertados de Salud.
- Universidad Nacional de la Amazonia Peruana (UNAP). Facultades de medicina humana y enfermería. Otras sedes de la institución: Yurimaguas, Nauta, Caballo Cocha, Requena, Contamana y Orellana Unidades Descentralizadas de Educación a Distancia –UDED- en Iquitos y Yurimaguas.
- Las ONG Caritas y CARE Perú desarrollan actividades puntuales en áreas de salud y saneamiento básico, entre otros.
- Centros de Investigación que desarrollan acciones en ámbitos sanitarios, culturales y económicos: (i) Centro de Investigación de Lenguas Indígenas de la Amazonía Peruana – CILIAP (UNAP); (ii) Laboratorio de Investigación de Productos Naturales Antiparasitarios de la Amazonía – LIPNAA (UNAP); (iii) Centro de Investigación de Recursos Naturales de la Amazonía – CIRNA (UNAP); (iv) Centro de Investigación Antropológica de la Amazonía Peruana – CIAAP (UNAP); (v) Instituto de Investigación de la Facultad de Agronomía – IIFA (UNAP); (vi) Instituto de Investigación Forestales y Fauna – FCF (UNAP); (vii) Centro de Investigación y Enseñanza Forestal (CIEFOR) Puerto Almendra (UNAP); (viii) Instituto de Investigaciones de la Amazonia Peruana – IIAP; (ix) Instituto Nacional de Investigación Agraria – INIA; y (x) Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica – CAAAP.



Diagnóstico Socio-Antropológico



Organización comunitaria

En las comunidades campesinas existe una figura de autoridad llamada “teniente” quien se encarga de coordinar actividades colectivas y la gestión de propuestas en educación, salud y alternativas económicas ante las instancias estatales del orden regional. Por lo demás, en algunas de estas comunidades se ha establecido un grupo pequeño de mujeres (6 o 7) que coordinan el programa “Vaso de Leche”. Según lo observado en campo, no existe otro tipo de organización comunitaria en las comunidades campesinas rurales de los ríos Nanay y Mazán.

Existen 11 organizaciones indígenas en la “Región de Iquitos” que hacen parte de la Asociación Interétnicas de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP):

- 1) FECONAFROPU, Federación de Comunidades Nativas de la Frontera Putumayo;
- 2) FECONARINA, Federación de Comunidades Nativas del Ríos Nanay;
- 3) FEPYBABAN, Federación Pueblo Yagua Bajo Amazonas - Bajo Napo;
- 4) FECONACO, Federación de Comunidades Nativas del Río Corrientes;
- 5) FECONAMN, Federación de Comunidades Nativas del Medio Napo;
- 6) FECONAT, Federación de Comunidades Nativas del Tigre;
- 7) ORKIWAM, Organización Kichuaruna-Wangurina;
- 8) AIDECOS, Asociación Indígena Desarrollo Conservación Samiria;
- 9) AIDECOP, Asociación Indígena Desarrollo Conservación Puinahua;
- 10) FECONA, Federación de Comunidades nativas de la Frontera Ampiyacu;
- 11) FECOTYBA, Federación de Comunidades Ticuna Yagua del Bajo Amazonas.

Economía

La economía de la región se basa en una producción agrícola de pequeña escala (zonas inundables o várzeas y en zonas no inundables o restinga alta). Se cultiva frijol, yuca, plátano, limón, naranja y arroz.

Tabla No. 18 Actividades económicas

Clasificación del sector	Actividad
Primario	Producción agrícola de pequeña escala (autoconsumo). Pesca. Subsistencia y comercial. (Pesca de peces marinos y venta de mano de obra en camarónicas) Explotación maderera.
Secundario	Refinería para derivados del petróleo.
Terciario	Comercio ilegal . Turismo.

Según lo evidenciado en campo, la explotación maderera se constituye como la principal actividad económica para la consecución de ingresos.



Transporte de madera por el río-Iquitos

Sistemas de transporte

- La malla vial interconecta las zonas urbanas y rurales. Entre Iquitos y Nauta (60 Kms)
- Vía aérea: 1 aeropuerto internacional (Iquitos) y 15 pistas de aterrizaje (Área rural).
- Las vías fluviales son las más usadas.

Saneamiento básico

- El 49.0% de las viviendas en las zonas urbanas tiene disponibilidad de agua en su interior.
- En la zona rural, la principal fuente de agua son los ríos.
- Para el año 2000, la población urbana que carecía de un sistema de eliminación de excretas o usaba el río o acequia era del 20.1%,
- Para ese año, la población rural que carecía de un sistema de eliminación de excretas o usaba el río o acequia del 70%.6%.

Tabla No. 19 Indicadores (%) Saneamiento Básico

Característica	Residencia urbana	Residencia rural	Total
Fuente de agua para beber	49,0	0,0	29,6
Red pública dentro de vivienda	3,3	0,0	2,0
Red pública fuera de vivienda	6,5	0,0	3,9
Pilón/gripo público	14,2	3,5	10,0
Pozo en la casa/patio	15,1	15,6	15,3
Pozo público	4,0	10,2	6,5
Manantial	3,9	70,7	30,3
Río/acequia	1,9	0,0	1,2
Camión tanque	1,9	0,0	1,2
Otro			
Servicio sanitario			
Dentro de la vivienda			
Inodoro exclusivo	43,6	0,0	26,4
Inodoro común	1,4	0,0	0,9
Fuera de la vivienda			
Inodoro exclusivo	0,4	0,3	0,3
Inodoro común	1,6	0,0	1,0
Letrina exclusiva	27,9	34,7	30,6
Letrina común	3,9	4,0	3,9
No hay servicio	7,0	60,8	28,3
Río/acequia/canal	13,5	0,3	8,3
Otra	0,7	0,0	0,4

Fuente. ENDES 2000. Citado por Citado por DRSA. 2003.

Servicios públicos

- El 78.2% de las residencias en áreas urbanas de Loreto cuentan con el servicio de electricidad, mientras que el 12.9% de las residencias rurales cuentan con dicho servicio. (DRSA 2003: 33).
- Existe una red telefónica en Iquitos y funciona la telefonía móvil.

Educación

- Los años promedio de inicio de escolaridad oscila entre los 5 a 6 años en ambos sexos.
- El mayor nivel educativo se concentra en el área urbana.
- El analfabetismo en hombre para el año 2000 era de 7.5% y para las mujeres del 10.2%.
- Carencia de infraestructura para suplir demanda.

Los niveles de educación, urbana y rural, de la población mayor de 6 años de acuerdo al sexo y a la zona de ubicación (urbana-rural) se observan en la siguiente tabla

Tabla No. 20 Niveles de educación

Características	Sin educación	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Superior	Sin Información
Hombres	7,5	37,4	15,4	17,6	12,1	9,5	0,5
Urbana	5	27,5	13,1	21,9	16,9	15,3	0,4
Rural	11	51,5	18,6	5,4	5,4	1,4	0,6
Mujeres	10,2	41,8	14,8	16,4	8,8	7,4	0,6
Urbana	7	31,4	14,2	22,2	13,1	11,4	0,7
Rural	15,8	59,6	15,8	6,4	1,4	0,6	0,4

Fuente. ENDES 2000. Citado por Citado por DRSA. 2003.



Diagnóstico Socio-Antropológico



Servicios de salud

Dirección Regional de Salud Loreto

La Dirección Regional de Salud Loreto es un ente descentralizado perteneciente al Ministerio de Salud Pública del Perú. Sus funciones y programas de servicios básicos en salud son:

Tabla No. 21 Funciones y Programas Dirección Regional de Loreto

Funciones	Servicios básicos en salud pública
Regulación sanitaria. Prevención y control. Provisión de servicios en forma zonificada a través de unidades administrativas (Redes y Microrredes).	Imunizaciones. Acciones de saneamiento básico y ambiental. Información, educación y comunicación en salud. Control de enfermedades transmisibles. Control de alimentos e insumos para la salud. Vigilancia epidemiológica. Salud mental.

Fuente. OPS. 2001.

Tabla No. 22 Establecimientos de salud estatal según nivel en el año 2002

Niveles de salud	Tipo de establecimiento	Número
Primer nivel	Puesto de Salud II ¹⁷	243
	Puesto de Salud I ¹⁸	22
	Centro de Salud II ¹⁹	25
	Centro de Salud I	26
Segundo nivel	Hospital de Apoyo ²⁰	2
Tercer nivel	Hospital Referencial ²¹	1
Total		319

¹⁷ Los PS II tienen un técnico de enfermería o técnico sanitario y una jornada de 6 horas.

¹⁸ Los PS I son puestos de salud con médico, enfermera u otro profesional y con una jornada de 6 a 12 horas diarias.

¹⁹ El CS I se diferencia del tipo II porque el primero tiene sala de internamiento.

²⁰ El Hospital de Apoyo de Iquitos tiene una asignación poblacional de la zona urbana y peri urbana de Iquitos correspondiente a 75.190 habitantes, los cuales se encuentran ubicados en San Juan, Belén y parte de Iquitos.

²¹ El Hospital Referencial tiene una asignación poblacional de 59.661 y se encarga de la atención de Punchana y otra parte de Iquitos.



Diagnóstico Socio-Antropológico

Fuente. Oficina Ejecutiva de Planificación DISA Loreto. Citado: DRSA Loreto. 2003

Para el año 2006, la DRSA de Loreto reportó 328 establecimientos a su cargo en todo el departamento.



Centro de Salud Moronacocho

Los establecimiento de salud de otros efectores del Departamento de Loreto registrados en el año 2002.

Diagnóstico Socio-Antropológico

Tabla No. 23 Establecimientos de Salud

Niveles de atención		Total 2002	ESSALUD	SS FF.AA.PP	Privado
Primer nivel	PS	12	0	12	0
	CS	5	4	1	0
Segundo nivel	Clínica	1	0	1	4
	Hospital	6	2	2	2
Total		28	6	16	6

Fuente. O.E.R. – DISA Loreto. Citado: DRSA Loreto. 2003.

La región de Loreto ha sido dividida en dos grandes unidades administrativas o Redes las que a su vez están constituidas por Microrredes. Esta organización se ha realizado teniendo en cuenta la distribución político-geográfica:

Tabla No. 24 Organización de redes-salud

Redes	Microrredes	Provincia	Distrito	Establecimientos de salud					Total
				Hospital	CSI	CSII	PSI	PSII	
Loreto	Iquitos Norte	Maynas	Multidistrital	1	3	1	1	18	24
	Iquitos Sur	Maynas	Multidistrital	0	5	1	5	7	18
	Belén	Maynas	Multidistrital	1	1	3	1	16	22
	Mazán	Maynas	Multidistrital	0	0	2	2	12	16
	Napo	Maynas	Multidistrital	0	0	2	1	11	14
	Putumayo	Maynas	Putumayo	0	0	1	2	12	15
	Loreto	Loreto	Multidistrital	0	2	3	1	19	25
	R. Castilla	R. Castilla	Multidistrital	0	1	4	0	16	21
	Requena	Requena	Multidistrital	0	4	1	3	26	34
	Ucayali	Ucayali	Multidistrital	0	4	2	0	24	30
Alto Amazonas	Huallaga	Alto Amazonas	Multidistrital	1	4	3	0	50	58
	Alto Marañón	Alto Amazonas	Multidistrital	0	2	2	6	32	42
Total				3	26	25	22	243	319

Fuente. DRSA Loreto. 2003.

Las Microrredes con mayor número de habitantes (superior a 100.000 individuos) son Iquitos Norte y Sur. Las de menor, corresponden a Napo y Putumayo con una población inferior a los 25.000 habitantes. (ASIS-DRSA Loreto 2203:21)

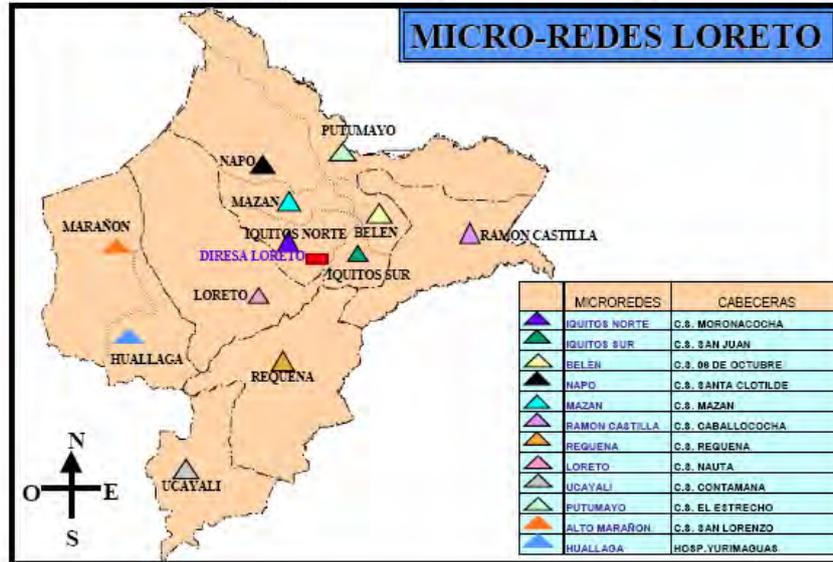
Diagnóstico Socio-Antropológico

Tabla No. 25 Recursos humanos de la DRSA de Loreto por Microrred (2002)

No	Nombre de la micro red	Nombrados							Contratados							Serum										
		Médicos	Enfermeras	Obstetras	Odontólogos	farmacéuticos	Técnicos enfermería	Otros	Total	Médicos	Enfermeras	Obstetras	Odontólogos	farmacéuticos	Técnicos enfermería	Otros	Total	Médicos	Enfermeras	Obstetras	Odontólogos	farmacéuticos	Técnicos enfermería	Otros	Total	
1	Iquitos Norte	0	0	0	0	0	3	33	51	6	6	1	4	2	30	41	99	1	1	2	0	0	0	0	0	4
2	Iquitos Sur	0	0	0	1	0	2	12	15	1	1	8	0	1	16	30	77	0	1	2	0	0	0	0	1	0
3	Belén	0	4	0	0	0	6	24	35	8	6	8	2	0	34	29	87	0	2	0	0	0	0	0	3	5
4	Mazán	0	0	0	0	0	7	11	18	2	2	2	1	0	18	7	32	2	4	0	0	0	0	0	0	6
5	Napo	0	0	0	0	0	1	10	11	3	2	0	1	0	18	22	46	1	2	1	0	0	1	0	5	
6	Putumayo	0	0	0	0	0	2	13	15	2	0	0	0	0	9	6	17	1	0	1	0	0	0	0	2	
7	Loreto	0	2	0	0	0	1	13	26	6	5	5	0	1	25	12	54	2	1	1	1	0	0	0	5	
8	Ramón Castilla	0	0	0	0	0	6	50	56	4	5	5	2	1	19	10	46	3	2	0	0	0	0	0	5	
9	Requena	1	0	0	0	0	8	21	30	3	5	7	1	0	32	19	67	5	3	3	0	0	0	0	11	
10	Ucayali	0	0	0	0	0	1	18	29	4	3	2	1	1	37	11	59	5	4	6	0	0	0	0	15	
11	Huallaga	0	0	0	0	0	0	0	0	7	7	7	0	0	57	0	78	0	0	0	0	0	0	0	0	
12	Alto Marañón	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	3	0	0	45	2	55	1	1	0	0	0	0	0	2	
	TOTAL	1	6	0	1	0	6	20	28	5	5	5	1	6	34	18	71	2	2	1	1	0	1	4	60	

Fuente. Oficina de Planificación DISA Loreto. Citado: DRSA. 2003.

Diagnóstico Socio-Antropológico



Mapa No. 4 Micro-redes Loreto
Fuente. DRSA Loreto. 2003.

Mortalidad

Según la Dirección Regional de Salud de Loreto (2003) durante el 2002 se registraron 1.084 muertos con una tasa promedio de subregistro del 60%. Las principales causas de mortalidad por sexo fueron:

Tabla No. 26 Mortalidad

Causa Básica	Masculino	Femenino	Total
Neumonía	49	39	81
Insuficiencia cardíaca	38	35	73
Septicemia no especificada	31	39	70
Cirrosis hepática	25	13	38
No especificada	19	12	31
Bronconeumonía	20	11	31
Estómago parte no específica	15	12	27
Paro cardíaco	10	14	24
Enfermedad cerebro vascular	12	12	24
Tuberculosis infiltrativa	13	9	22
Todas las demás causas	397	266	663
TOTAL	622	462	1084

Fuente. DRSA Loreto. 2003.



Diagnóstico Socio-Antropológico



Las infecciones, las relacionadas con los recién nacidos y la neumonía son las principales causas de defunciones en el grupo infantil (0 a 15 años). Los hombres adultos (< 19 años) mueren principalmente por insuficiencia cardíaca, neumonía y cirrosis hepática; las mujeres en el mismo rango de edad mueren en especial por insuficiencia cardíaca, neumonía y septicemia.

Este informe (ASIS 2003) indica que las muertes por malaria en Loreto durante el 2002 fueron 11, de los cuales 1 fue por *P. vivax*.



Diagnóstico Socio-Antropológico

2. DINÁMICAS SOCIALES DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS

Ecología humana, medio ambiente y adaptación sociocultural

Esta región presenta varias características que influyen directamente en las dinámicas que se encuentra allí. Un primer elemento es la condición ambiental y su influencia en la cotidianidad de los grupos sociales que allí habitan. La selva húmeda tropical que cubre todo el departamento del Amazonas determina un ejercicio de adaptación humana el cual impacta en:

- Formas de comunicación al interior de las subregiones (área rural) se realiza principalmente vía fluvial, mientras que la relación de Leticia (capital) con las cabeceras corregimentales debe realizarse casi exclusivamente en forma aérea.
- La vía fluvial es la más usada en la región debido a la ecología de la región. En ella están presentes tres ríos. Amazonas, Putumayo y Caquetá. Cada uno de ellos se constituye, per se, en un eje de circulación fluvial para bienes, servicios y personas. Esta característica de la región hacen de ella un espacio que impacta la funcionalidad y costos de operación en términos de tiempos y distancias. Cada trayecto fluvial demanda altos costos de combustible, que además no se consigue por fácilmente. Además para cruzar estos ejes debe haber un desplazamiento aéreo. En el campo de la salud este hecho dificulta los procesos de gestión de atención oportuna para enfermedades complejas que exijan traslados de personas.
- Gestión del tiempo. Largos periodos de espera que determinan las posibilidades de lograr los objetivos de la población.
- Gestión espacial. Los tipos de asentamientos rurales del territorio amazónico, tanto indígena como colono, obedece a la capacidad de carga de los pobres suelos de la región a pesar de su gran riqueza ecológica, lo que determina que dichos asentamientos sean de pequeña escala y dispersos a lo largo de la ribera de los ríos.
- Cada grupo social tiene unas dinámicas de asentamiento: La población indígena a lo largo de las riberas de los ríos. Tradicionalmente hay una maloca con viviendas en palafitos.
- La población mestiza en las cabeceras de los corregimientos y en Leticia. Casa de ladrillo, piso en cemento y techo de zinc. Los estratos más pobres la estructura palafítica es usual. El tipo de asentamiento y su nivel de organización depende de las especificidades económicos y culturales.
- Sistemas de producción. La oferta ambiental de recursos y los ciclos ecológicos limitan la producción a una economía de subsistencia.



Casa Indígena Mocagua



Asentamiento Urbano Leticia

Diagnóstico Socio-Antropológico



Asentamiento Urbano Leticia 1



Asentamiento Urbano Leticia



Asentamiento Urbano Leticia



Diagnóstico Socio-Antropológico



Etnicidad

Un segundo elemento determinante de esta región lo constituye la multiculturalidad. La presencia de 24 grupos indígenas diferentes en toda la región plantea el problema de la diversidad cultural como un elemento esencial, que atraviesa las diferentes fuerzas de lo social: político, económico, salud, educación. El tema de la etnicidad es central para entender cualquier dinámica entre las poblaciones. Invisibilizar este factor implicaría negar el multiculturalismo de este espacio geográfico. La presencia histórica de las comunidades indígenas han sido y son determinantes en la historia y futuro del Amazonas.

Además de los grupos indígenas, se encuentran también en este departamento, los colonos (procedentes de los departamentos del centro y sur del país) que están ubicados fundamentalmente en las cabeceras corregimentales. Este grupo poblacional arribó a la región atraído por las diferentes bonanzas de las economías extractivistas (Caucho, quinas, pieles, oro, cocaína y maderables) desde la segunda mitad del siglo XIX.

Este grupo, se diferencia de otros colonos del país, por que su economía no se basa en la producción agrícola, sino en el comercio informal y/o ilegal, y en la búsqueda de dinero procedente de la actividad extractivista en el momento. Cada una de estas bonanzas económicas ha usado a la población indígena como mano de obra.

Actualmente esta relación se ha transformado, ya que los grupos indígenas han consolidado la propiedad, y el manejo de sus territorios en el marco del fortalecimiento de los procesos de autodeterminación, y autonomía establecidos en la Constitución Política de 1991. Como otro resultado de esta situación, se ha venido dando una disminución dramática de colonos a territorios indígenas, dado que éstos están constituidos bajo la figura legal del resguardo en donde cualquier actividad, programa o acción pública o privada en estos territorios debe ser concertada con las autoridades indígenas.



Diagnóstico Socio-Antropológico

La capital del departamento, Leticia, tiene unas características particulares frente a la conformación de sus grupos sociales, a saber:

- Población indígena urbana y periurbana llegada por las presiones de las economías extractivistas, o en búsqueda de otras condiciones de vida diferentes a las tradicionales.
- Población no indígena que estuvo o aún está ligada a economías extractivistas.
- Población procedente de todos los departamentos del país que en su mayoría depende económicamente de la oferta laboral de el Estado. También están articulados al comercio formal y actividades de turismo; y algunos otros están involucrados con instituciones de investigación y educativas.

La etnicidad esta estrechamente articulada a la categoría de multiculturalidad. En el caso de las comunidades indígenas esta articulación exige, para el campo de la salud, una coordinación con los procesos organizados por las mismas comunidades. Con la población no indígena es importante, tener en cuenta la gran diversidad de orígenes culturales de las personas que se han establecido en la región; hecho que exige una coordinación y construcción de estrategias que sean social y culturalmente competentes.

Participación social

En el departamento del Amazonas se está desarrollando actualmente un proceso del fortalecimiento de gobernabilidad de los pueblos indígenas en sus territorios a través de las Asociaciones de Autoridades Tradicionales Indígenas (AATI). Ellas surgen como respuesta a la descentralización político administrativa en el marco de un nuevo ordenamiento territorial del país establecido en la Constitución Política de 1991.

Actualmente, los territorios indígenas en muchos aspectos son equiparados a municipios en sus funciones. Para gobernarlos, se establecieron las AATI (decreto 1088 de 1993) como entidades de Derecho Público de carácter especial, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.



Diagnóstico Socio-Antropológico

Cada una de estas AATI viene desarrollando la construcción de sus Planes de Vida (Planes de Desarrollo) de sus territorios y pueblos independientemente una de la otra. Para los campos específicos de salud, educación e inversión de recursos de participación, han establecido conjuntamente con la Gobernación del Departamento del Amazonas, desde el 2002, un espacio de análisis y discusión denominado “Mesa Permanente de Coordinación Interadministrativa” (MPCI).

En ella se planean todos los programas y acciones a desarrollar en los territorios indígenas. Así, este espacio se constituye como “una herramienta fundamental para garantizar la gobernabilidad en el departamento, desarrollando los principios constitucionales de participación y fortalecimiento de la unidad nacional a partir del reconocimiento y desarrollo de la diversidad cultural. Esta coordinación, basada en propuestas concretas, genera estabilidad regional, transparencia administrativa, eficiencia en los programas en cuanto a cobertura, costos, articulación a la realidad cultural y ambiental, responsabilidad compartida, participación comunitaria. Reafirma la soberanía y define temas concretos para la cooperación bilateral en áreas de frontera.” (Fundación Gaia Amazonas. 2005.)

Las 10 AATI que hacen parte de la Mesa cubren aproximadamente el 89% del territorio departamental en los nueve corregimientos, donde el acceso y uso por parte de la población a los servicios en general es más difícil.

Principales logros obtenidos:

- Realización de dos mesas por año.



Diagnóstico Socio-Antropológico



En el área de educación:

- Reconocimiento oficial de 68 escuela comunitarias.
- Desarrollo de currículos y Programas Educativos Institucionales propios.
- Ampliación de cobertura en 1200 cupos en las comunidades indígena, equivalente al 7% entre el 2002 y 2004.
- Disminución de costos.
- Obtención de recursos destinados a la ampliación de la cobertura, provenientes del Fondo Nacional de Regalías.

En el sector salud:

- Coordinación y responsabilidad compartida.
- Formulación de un proyecto en la política de salud departamental, que facilita la sistematización de los conocimientos ancestrales de salud tradicional, y permite avanzar en la construcción de un Plan de Atención Básica - PAB elaborado desde las comunidades indígenas.
- Implementación de equipos extramurales de atención.
- Mejoramiento de la cobertura de los servicios de salud en el primer nivel.
- Ajuste de los programas de salud del PAB, de acuerdo a la cosmovisión de las comunidades indígenas, expresada en sus calendarios ecológicos.
- Mayor transparencia en la ejecución de los recursos estatales, puesto que hay un manejo coordinado de los mismos y han sido ejecutados con la participación de las comunidades.
- Reconocimiento de la Mesa a nivel nacional e internacional.
- Elaboración de propuestas unificadas por parte de las autoridades indígenas respetando la diferencia entre las etnias.

En el área de la salud la importancia ha radicado en que se han concertado las acciones de este sector con la Secretaría de Salud Departamental. A través de la MPCÍ se define con los representantes indígenas la priorización de las acciones de acuerdo a las necesidades sentidas de cada comunidad. Entre estas, han sido definidas como prioritarias los programas de malaria - ETV, y vacunación. Este proceso ha permitido avances importantes para la formulación de protocolos interculturales que facilitan la sistematización de los conocimientos ancestrales de salud tradicional, y permite avanzar en la construcción de un Plan de Atención Básica - PAB elaborado desde las



Diagnóstico Socio-Antropológico

comunidades indígenas. Este desarrollo ha impactado los procesos de salud-enfermedad logrando una mayor eficiencia en de los programas estatales de salud en el departamento dado que responden a las prioridades locales, a una mejor inversión de los recursos del Estado (resguardos y departamento) y ha motivado la participación de las comunidades en la veeduría de los programas y recursos. Sobre esta base podemos sugerir que la implementación de cualquier programa, proyecto o acción que se quiera desarrollar en el departamento debe ser canalizada a través de la MPCÍ tal como se viene haciendo de manera regular por la Secretaría de Salud Departamental con importantes aciertos.

Este proceso cuenta con el apoyo de ONGs, como puede ser el caso de la Fundación Gaia Amazonas (FGA), entidad que acompaña profesionalmente a las 10 Asociaciones de Autoridades Tradicionales Indígenas del departamento en el proceso de sistematización y consolidación de los planes de salud comunitarios. Es importante anotar que existen otras ONGs que trabajan en el departamento que a pesar de no trabajar directamente en salud pueden ser vinculadas dado su carácter científico y de historia en la región.

Las comunidades indígenas ubicadas entre los ríos Putumayo y Amazonas (Trapezio Amazónico) están también organizadas en AATI, pero no participan en la MPCÍ. Por tanto, cualquier acción que se pretenda realizar en sus territorios tiene que ser acordada directamente con cada una de las Asociaciones. Es importante señalar que estas comunidades se encuentran en la jurisdicción de los únicos municipios que existen en el departamento y que tiene mayor acceso y porta tanto cercanía a los servicios de salud que se brindan desde sus cabeceras municipales.



Diagnóstico Socio-Antropológico

Pobreza

A través del NBI se identifican los hogares con algunos atributos que demuestran la ausencia de consumos básicos o la baja capacidad de generación de ingresos. El porcentaje de población con NBI en el Amazonas para 1993 fue de 69.5% por encima del promedio nacional (37.21%), mientras que el NBI para los hogares era del 61.6% frente al 30.53% promedio nacional.

Los indicadores de pobreza utilizados por las entidades oficiales clasifican a la población indígena amazónica en los índices más bajos, casi a nivel de la indigencia. Desafortunadamente estos indicadores están basados en sistemas de desarrollo convencionales importados de la zona andina que no son aplicadas a las características culturales y ambientales de la región. Por lo tanto estos índices, deben ser mirados con cautela ya que no deben guiar las políticas y programas sanitarios en la Amazonía por que no responden a los contextos locales. Sin embargo estos podrían ser aplicados a la población no indígena de la región, los cuales a pesar de no existir significativamente en las estadísticas pueden tener un impacto en el control y prevención de la enfermedad.

Dinámicas en salud desde el sector público

Según la gobernación el sector educativo en el departamento presenta limitaciones en infraestructura y dotación de las instituciones que se reflejan en poco acceso a tecnologías de información y comunicación y en el desempeño de las pruebas de estado en rangos inferiores. Teniendo en cuenta esto, es importante preguntarse hasta que punto los procesos de promoción y prevención de la enfermedad mediante las instituciones educativas pueden ser los mas adecuados.



Diagnóstico Socio-Antropológico



Tipo de programas de Promoción y Prevención

Plan de Atención Básica (PAB)

Según lo estipulado en la normatividad vigente, es necesario separar la financiación y las funciones de salud pública. Éstas se agrupan en el Plan de Atención Básica (PAB) y

“comprende las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo del ambiente. Estas acciones son competencia del Estado, deben ser colectivas y generar un alto impacto en la salud pública; para tal fin el Ministerio de la Protección Social garantiza los recursos a través del Sistema General de Participaciones según lo establecido en la ley 715 del 2001 y los entes territoriales asignan los recursos para dar cumplimiento a estas acciones basados en las circulares externas emanadas por éste Ministerio” (Gobernación del Amazonas 2005:22)

La Secretaría de Salud Departamental ha propuesto un Plan de Atención Básica para el cuatrenio 2004 – 2007 que se viene desarrollando a través de 22 proyectos, a saber: Gestión del PAB; vigilancia; vigilancia de medicamentos; lepra; fortalecimiento de la gestión; estrategia MCS, tuberculosis; crecimiento y desarrollo; salud oral; salud rural indígena; enfermedades crónicas; participación social; saneamiento básico; epidemiología, salud mental; nutrición; salud sexual y reproductiva; enfermedades transmitidas por vectores; laboratorio; PAI; y trabajadores de salud pública.

Es importante anotar aquí, que algunos programas del PAB departamental y sus acciones vienen siendo analizados y concertados desde el 2002 con 10 Asociaciones de Autoridades Indígenas Tradicionales a través de la Mesa Permanente de Coordinación Interadministrativa con la Gobernación del Amazonas. Cabe destacar que durante estos años, para el tema en cuestión, se ha logrado: (i) concertar las acciones de salud pública a partir de los calendarios ecológicos tradicionales; (ii) iniciar el proyecto “Formulación e implementación del PAB por las Autoridades Tradicionales Indígenas del Departamento del Amazonas”; (iii) cofinanciación de Secretaría y Asociaciones



Diagnóstico Socio-Antropológico

Indígenas de dicho proyecto, e (iv) iniciar la conformación de una red de vigilancia epidemiológica comunitaria en las áreas priorizadas y estratégicas, entre otros.

Por último, cabe destacar que la población del Amazonas reconoce especialmente los programas de control de ETV y vacunación, como los más exitosos y de mayor impacto en las condiciones de salud de las comunidades.

Proyecto PAB "Vigilancia y control de las enfermedades transmitidas por vectores de interés en salud pública en el departamento del Amazonas. 2006." Este proyecto está a cargo de la Coordinación de Patologías – ETV de la Secretaría de Salud. Tiene 6 componentes:

- Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.
- Fortalecimiento de la vigilancia en salud pública.
- Vigilancia entomológica.
- Fortalecimiento gerencial e institucional.
- Control integrado y selectivo de vectores.
- Participación social.

A continuación se presentan los objetivos y las actividades que la Coordinación de Patologías – ETV está desarrollando o pretende desarrollar por componente en el 2006, a saber:

Tabla No. 11 Actividades Coordinación de Patologías ETV

Componente/Objetivo	Actividades
<p>Diagnóstico precoz y oportuno</p> <p>Objetivos:</p> <p>Garantizar la cobertura en diagnóstico y tratamiento de la malaria y las otras ETVs en los grupos vulnerables prioritarios de áreas de transmisión vectorial endémica o epidémica de estas enfermedades.</p> <p>Garantizar la operatividad de los puestos de microscopia de la Red conformada por Promotores de Salud, teniendo en cuenta recomendaciones de la evaluación y los compromisos con las AATIS.</p> <p>Mejorar la capacidad de respuesta local frente al problema de leishmaniasis; y vigilar la circulación viral de dengue y fiebre amarilla.</p>	<p>Mantenimiento de reactivos y medicamentos en los puestos de microscopia habilitados y Centros de Atención con personal capacitado. (Compra y distribución de reactivos e insumos para el diagnostico).</p> <p>Estudios de contactos, búsqueda de sintomáticos, estudios de foco en localidades donde exista transmisión.</p> <p>Compra y utilización de pruebas rápidas en zonas de difícil acceso donde no se cuente con diagnostico por microscopia.</p> <p>Atención al 100% de las alarmas provenientes de comunidades (vigilancia comunitaria) relacionadas con la ocurrencia de casos sospechosos de malaria para descartar y/o confirmar los</p>

Diagnóstico Socio-Antropológico

	<p>casos.</p> <p>Difusión al personal de salud y comunidad de signos y síntomas la de malaria complicada para aumentar la detección precoz de casos. a) Distribución de 5.000 plegables sobre signos y síntomas de la enfermedad para promotores de salud, líderes y comunidad en general; b) distribución de (1) documento técnico guía de aplicación para profesionales de salud dirigido a identificar los signos y síntomas de malaria complicada y detección de casos de falla terapéutica; y c) distribución de 100 Guías de Atención de la malaria (actualizadas).</p> <p>Visitas de supervisión directa y evaluación a 15 Puestos de microscopia prioritarios de acuerdo a hallazgos en la evaluación; 50 supervisiones indirectas (2 por cada sitio) a los Puestos de microscopia de malaria; y diseño y ejecución de un plan de fortalecimiento y seguimiento, monitoreo, e intervenciones a los responsables de la Red. Actividades a cargo del Laboratorio de Salud Pública.</p> <p>Cuatro desplazamientos del técnico de mantenimiento/radio para la instalación de paneles solares, baterías estacionarias, inversores para el funcionamiento de los microscopios con energía solar en 12 Puestos de microscopia: Arara, Monochoa, San Antonio, Soledad, Lago Grande, La Esmeralda, Belén, Centro Providencia, Puerto Santander (AATIS) y Miriti (AATIS).</p> <p>Coordinación con las Fuerzas Militares para desarrollar trabajos conjuntos de vigilancia y control en las zonas donde se reporte transmisión de leishmaniasis.</p> <p>Estudios de foco de leishmaniasis en zonas prioritarias.</p> <p>Entrega de tratamiento y seguimiento a los casos positivos de leishmaniasis de acuerdo con la Guía de Atención Integral.</p>
--	--

Diagnóstico Socio-Antropológico

	<p>Distribución de 100 Guías de Tratamiento de leishmaniasis. Distribución de 50 guías integrales de manejo de la fiebre amarilla y el dengue.</p>
<p>Fortalecimiento de la vigilancia en salud pública Objetivos: Contribuir a la reducción de la transmisión. Observar la resistencia de los parásitos a los antimaláricos, mediante la utilización de técnicas in-vitro y pruebas de biología molecular utilizando estos resultados para la toma de decisiones en el uso de esquemas terapéuticos efectivos.</p>	<p>Ejecución de los proyectos "Marcadores Moleculares en la Orinoquía y Amazonía" con CIDEIM y " Evaluación en campo de la sensibilidad In Vitro a la CLOROQUINA, MEFLOQUINA, Y MONOACETIL AMODIAQUINA de aislados frescos de Plasmodium falciparum mediante el método de detección HRPII" para conocer el porcentaje de resistencia a los antimaláricos en el departamento. Inducción a los profesionales de salud en SSD en malaria, dengue, fiebre amarilla, leishmaniasis y enfermedad de chagas. Actualización de la base de datos-registros de las ETV en concordancia con el SIVIGILA.</p>
<p>Vigilancia entomológica Objetivos: Orientar la implementación de las acciones de control vectorial mediante el monitoreo regular. Observar la distribución y el comportamiento de picadura de las especies vectoras de anofelinos en las localidades endémicas para malaria del departamento. Orientar la implementación de acciones de vigilancia y control entomológico para evitar la dispersión del vector Aedes albopictus a otras áreas del departamento y de Colombia. Detectar y controlar oportunamente la aparición de brotes o epidemias de dengue y/o fiebre amarilla transmitidas por vectores como Aedes albopictus, Haemagogus y Sabethes y la vigilancia centinela de micos (en coordinación con epidemiología y miembros de las comunidades en área selvática).</p>	<p>Capacitación al personal involucrado en el desarrollo de las actividades de vigilancia entomológica. Evaluación del desempeño del personal operativo de vigilancia entomológica. Definición de responsabilidades del personal que conforma la Red de vigilancia entomológica. Levantamientos de Índices en los Centros de atención en Salud mensualmente. Levantamiento de índices aélicos trimestralmente en el 100% de las casas requeridas para el tamaño de la ciudad de Leticia. Levantamiento de Índices médicos semestrales por parte de los técnicos de saneamiento de los centros de salud y el hospital de Pto Nariño. Coordinación y evaluación de las campañas educativas en colegios y casa a casa en el casco urbano del municipio de Leticia. Apoyo en la capacitación para la realización de las jornadas de ordenamiento y educación programadas</p>

Diagnóstico Socio-Antropológico

	<p>por las Secciones de Atención al Ambiente municipal y departamental.</p> <p>Ubicación y revisión periódica de larvitrapas.</p> <p>Búsqueda de vectores de fiebre amarilla selvática en los municipios y corregimientos del departamento.</p> <p>Identificación, mapeo, caracterización y tratamiento de criaderos de Anopheles en municipios y corregimientos de alto riesgo.</p> <p>Vigilancia periódica para la recolección de vectores de leishmaniasis y chagas por parte de los técnicos de saneamiento y promotores de salud integrantes de la red.</p> <p>Formulación e implementación del protocolo para las pruebas de infección con vectores de la enfermedad de chagas.</p> <p>Elaboración de una propuesta de vigilancia parasitológica de la enfermedad de chagas a través de la red de microscopia de malaria.</p> <p>Elaboración del mapa actualizado de la distribución de los vectores de importancia en salud pública en el departamento, con base en trabajos o actividades de capturas entomológicas diurnas y nocturnas adelantadas durante el año.</p> <p>Evaluación de la duración de los insecticidas de acción residual.</p> <p>Concertación de acciones interinstitucionales para el estudio de resistencia a los insecticidas y de pruebas de infectividad de anofelinos en el municipio de Leticia y el corregimiento de La Pedrera.</p>
<p>Fortalecimiento gerencial e institucional</p> <p>Objetivos:</p> <p>Mejorar la capacidad de respuesta local del personal involucrado en el control de las ETV.</p> <p>Garantizar el desarrollo de las acciones operativas, al igual que contar con los</p>	<p>Capacitación de 35 personas entre técnicos de saneamiento y promotores de salud del grupo de ETV en manejo integral de las acciones en prevención y control de las ETV.</p> <p>Desarrollo de módulos (OPS) de auto-instrucción, con el fin de capacitar al</p>

Diagnóstico Socio-Antropológico

<p>equipos y vehículos en funcionamiento y en un lugar adecuado. Asegurar las acciones de vigilancia entomológica y articular los puestos de microscopia que se ampliaron a la RED de Laboratorio de Salud Pública.</p>	<p>grupo gerencial y operativo sobre los componentes de malaria (epidemiología, diagnóstico, control, tratamiento, manejo de programas estadísticos. Aplicación de pautas de MSH para la gestión de antimaláricos. Mantenimiento de equipos para fumigación y transporte. Garantizar un coordinador para la unidad de Entomología, un auxiliar para la unidad de entomología, bacteriólogo para apoyar la articulación de la Red de Microscopia con el laboratorio de Salud Pública.</p>
<p>Control integrado y selectivo de vectores Objetivos: Disminuir la morbilidad y evitar la mortalidad por malaria. Reducir el riesgo de transmisión y prevenir la aparición de epidemias y evitar la ocurrencia de focos de malaria urbana.</p>	<p>Adelantar acciones de Control Integral como: control químico (rociamiento intradomiciliario al 100% de las comunidades del departamento); control físico (ordenamiento del medio en las comunidades); control biológico (aplicación de biolarvicidas en criaderos activos y potencialmente activos); actividades educativas (charlas educativas) con temas sobre malaria, dengue, fiebre amarilla, leishmaniasis y chagas en todas las comunidades que adelanten la intervención con control químico. Impregnación de toldillos que se encuentren en uso en todas las localidades que se intervengan con control integral. Distribución de 2,000 toldillos impregnados en las localidades de alto riesgo, según datos del censo. Compra de materiales de protección personal y aislamiento respiratorio para los operarios que intervengan en las acciones de control químico.</p>
<p>Participación social Objetivo: - Identificar de manera temprana signos y síntomas, mecanismos de transmisión y acciones de control a través del desarrollo de actividades educativas.</p>	<p>Desarrollo de los compromisos establecidos con las AATIs donde se refleje la participación de la comunidad en intervenciones locales de control integrado. Charlas educativas dirigidas a la población en general. (estas a cargo de los técnicos</p>

	y promotores que adelantadas acciones de control integrado).
--	--

Fuente. Secretaría departamental de Salud del Amazonas. 2006.

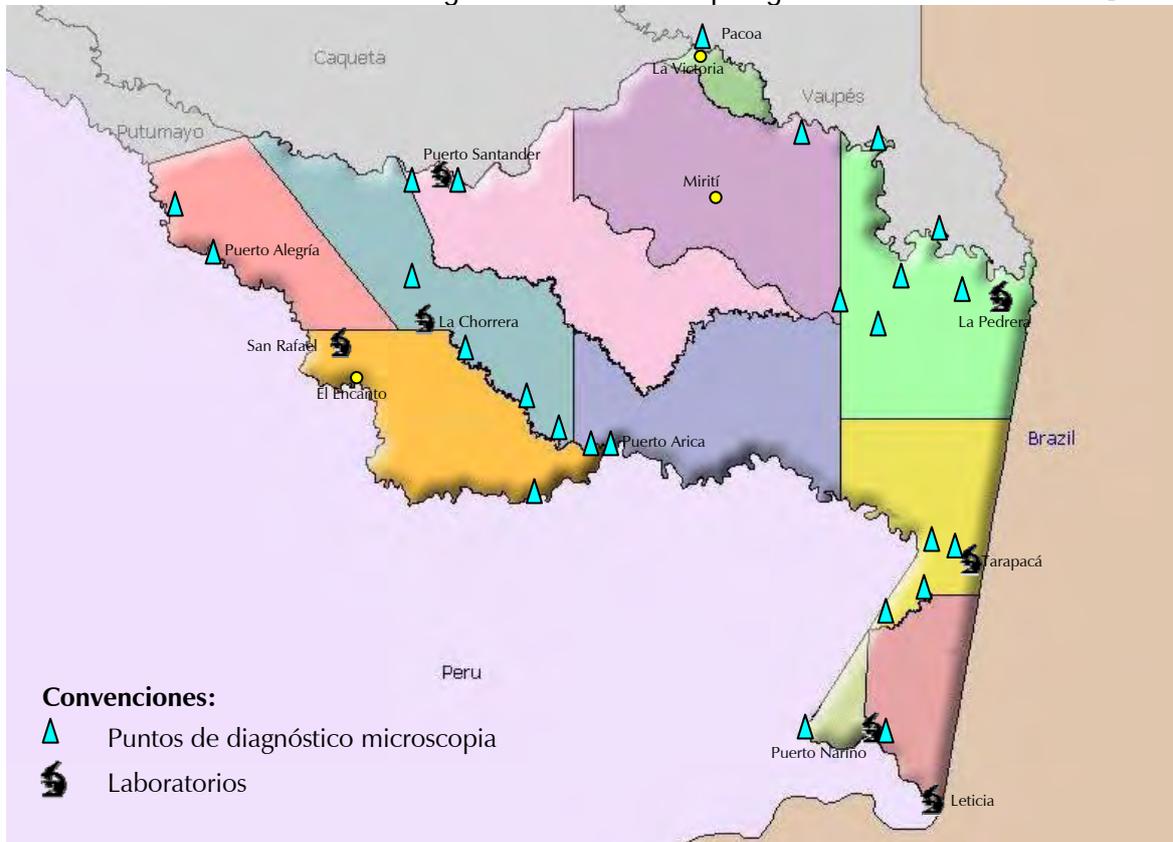
Una de las estrategias que abandera la Coordinación para garantizar una cobertura total en diagnóstico precoz y tratamiento oportuno desde el 2004 es la Red de Microscopia que cuenta con 25 puestos, además de los 5 laboratorios en las cabeceras municipales y el laboratorio del hospital de Puerto Nariño. Para operativizar esta Red en los Puestos, se cuenta con 30 microscopistas, de los cuales 7 son promotores voluntarios.

Tabla No. 12 Puestos de la Red de Microscopia en el área rural

Corregimiento/Municipio	Localidades/comunidades
La Chorrera	Soledad – río Igará Paraná Mue – río Igará Paraná San Antonio- río Igará Paraná
Tarapacá	Pupuña- río Cothué Buenos Aires-río Cothué Puerto Huila- río Putumayo Puerto Ezequiel – río Putumayo
La Pedrera	Curupira – río Apaporis Centro Providencia – río Apaporis. Bocas del Pirá – río Apaporis. La Playa – río Apaporis. San Francisco – río Caquetá. Mariapolis – río Caquetá. Puerto Lago – río Mirití.
Puerto Santander	Villa Azul – río Caquetá Monochoa – río Caquetá
Arica	Lago – río Igará Paraná Esmeralda – río Igará Paraná Arica – río Putumayo Sabaloyaco – río Putumayo
Puerto Nariño	San Juan de Atacuarí – río Amazonas. Arara – río Amazonas
La Victoria	Pacoa – río Apaporis
Puerto Alegría	Puerto Perea Puerto Alegría.

Fuente. Coordinación Patologías – ETV, Secretaría de Salud Amazonas. 2005.

Diagnóstico Socio-Antropológico



Mapa No. 3 Red de microscopia - Departamental

Fuente. Coordinación Patologías – ETV, Secretaría de Salud Amazonas. 2005.

Los parámetros usados para seleccionar las comunidades donde se instalaron los puntos de diagnóstico fueron:

- Historial epidemiológico: Importante transmisión de malaria.
- Situación geográfica: Lejanía al centro de diagnóstico por microscopia.
- Recurso humano: Promotores de salud nombrados que tuvieran varios años de residencia en dicha comunidad.



Diagnóstico Socio-Antropológico

Los microscopistas tienen a su cargo: (i) toma de muestra de gota gruesa, (ii) diagnóstico por microscopia de las muestras tomadas por ellos o remitidas por los promotores de salud del área; (iii) suministro de los medicamentos antimálaricos al paciente de acuerdo a la patología o lo remite al promotor de salud; (iv) vigilancia y seguimiento; y (v) notificación semanal y mensual.

Los microscopistas han sido evaluados, supervisados y actualizados en sus comunidades por la Coordinación de ETV desde el 2004. El bacteriólogo encargado de estas funciones tiene en cuenta los siguientes aspectos:

- Capacidad diagnóstica del microscopista: Porcentaje de concordancia; recuento parasitario; controles parasitarios; detección de signos y síntomas de mal pronóstico; manejo de esquemas de tratamiento; cálculo de dosis de medicamentos base; diferenciación de estados parasitarios; manejo del paciente con complicaciones; y manejo de tratamiento de segunda línea.
- Estado de los equipos. Microscopio, paneles solares e inversor.
- Total láminas tomadas en la comunidad
- Total casos provenientes de la comunidad.

La puesta en marcha de esta Red ha mejorado la capacidad de realizar diagnósticos y brindar tratamientos oportunos en zonas periféricas bastante alejadas de los centros de salud de las cabeceras municipales. Además, gracias a esta labor y a la búsqueda activa de casos, entre otros, no se han registrado decesos por malaria en el departamento.

Cabe anotar, que la Secretaría de Salud diagnostica y trata casos de malaria de colombianos, peruanos y brasileros sin ningún costo. No se registran los colombianos que han sido tratados en centros opuestos de salud por malaria en el Perú y Brasil²².

Por otra parte, es importante señalar que la Coordinación de ETV le ha solicitado al Ministerio de la Protección Social la consecución de medicamentos antimaláricos con base en artesunato – mefloquina para el manejo de los casos resistentes a *P. falciparum*, dado que en el Corregimiento de Tarapacá (fronterizo con Perú) se ha registrado dicha resistencia.

²² Debemos resaltar que Brasil a pesar de no hacer parte del convenio Andino debido a su condición geográfica dentro de la zona impacta cualquier programa que se pretenda desarrollar.



Diagnóstico Socio-Antropológico

En cuanto al control integrado y selectivo de vectores, la Coordinación de ETV realiza anualmente en todos los municipios y corregimientos intervenciones de: capacitación, educación, distribución de toldillos impregnados, rociamiento intradomiciliario de acción residual e intervención de criaderos (Coordinación Patologías – ETV. 2006).

Así mismo, se han capacitado a 15 promotores de salud en roceamiento. Esta actividad se realiza una vez al año en todos los corregimientos, excepto La Pedrera y Tarapacá, donde se realizan 2 fumigaciones. Su programación es acordada con la AATI en las Mesas de Coordinación Interinstitucional.

En el 2005 se intervinieron con control químico el 92% de las comunidades programadas (267) protegiendo a 28.353 personas. Durante el 2006, la Coordinación ha desarrollado esta actividad en 49 comunidades de Pedrera (22), Mirití (13), Tarapacá (3), Chorrera (3) y Leticia (8), cubriendo 980 viviendas y beneficiando a 3.874 personas. Además, se han intervenido 57 viviendas de 3 barrios del casco urbano de Leticia, protegiendo a 196 personas.

La intervención de impregnación y distribución de toldillos, se han realizado a través de las siguientes acciones:

- Para el 2005, 6.091 toldillos impregnados con insecticida K-OTAB (deltrametrina 2.5%). Protección de 13.403 personas.
- En 2006, 1455 toldillos impregnados en los corregimientos de La Pedrera, Mirití, Tarapacá y La Chorrera, el municipio de Leticia y 3 barrios del casco urbano de la capital, beneficiando a 3874 personas.()
- A junio de 2006 se han distribuido 1940 toldillos en todo el departamento y 60 toldillos para camas de hospitalización de hospitales y centros de salud.

El control físico se realiza mediante la recolección de inservibles, drenaje de charcos y desbroce de las orillas y estanques piscícolas. Para el 2005 se realizaron 98 actividades de ordenamiento del medio, beneficiando a 15.476 habitantes, y en lo corrido del 2006, se han hecho 9 de estas actividades, beneficiando a 860 habitantes.(Coordinación Patologías-ETV 2006)



Diagnóstico Socio-Antropológico



Aseguramiento de la población

A partir de la implementación del nuevo Régimen de Seguridad Social en 1993, en el Amazonas, al igual que en todos los departamentos del país, se empezaron a prestar los servicios de salud de manera descentralizada, por niveles de atención, entre el Estado, las entidades territoriales (departamento, municipios, territorios indígenas) y los particulares (entidades prestadoras de servicios). Con ello se pretende que a través de la competencia se obligue a mejorar la calidad de los servicios, pues los usuarios pueden escoger la entidad que “más les convenga para afiliarse”.

Según la nueva reglamentación, existen tres tipos de afiliación:

- El contributivo, al que tienen acceso los asalariados.
- El subsidiado destinado a dar cobertura a la población considerada más pobre o vulnerable y sin capacidad de pago, cubierto por empresas particulares o mixtas (los indígenas están considerados dentro de este último).
- La seguridad social con subsidios a la oferta para la población pobre no asegurada sin capacidad de pago y vulnerables que aún no han sido afiliados al régimen subsidiado y cuya cobertura está a cargo directamente de las Secretaría de Salud del departamento.

En el departamento del Amazonas se manejan los tres regímenes de cobertura de la prestación de los servicios asistenciales en salud:

- El régimen contributivo cubre el 11,7% de la población del departamento con 3 EPS (Saludcoop, ISS, Sanitas).
- El régimen subsidiado tiene una cobertura de 42,8% con las ARS (Caprecom, Mallamas, Humanavivir).
- El régimen de seguridad social con subsidios a la oferta para la población pobre no asegurada –vinculados– con un cubrimiento del 45,4%, el cual está bajo la responsabilidad de la Dirección de Salud Departamental. (Gobernación del Amazonas 2005:19)

Tabla No. 13 Distribución de afiliación al sistema de seguridad social 2005

Municipio / Corregimiento	No. Hab.	Régimen Contributivo	%	Régimen Subsidiado	%	Población pobre no asegurada	%
Leticia	42877	9493	22.1	15653	36.5	17731	41.3
Puerto Nariño	7190	-	-	4979	69.2	2211	30.7
Arica	1920	-	-	1065	55.5	855	44.5
El Encanto	4244	-	-	1943	45.7	2301	54.2
La Chorrera	8034	-	-	2050	25.5	5984	74.4
La Pedrera	3267	-	-	2856	87.4	411	12.5
Mirití	3352	-	-	678	20.2	2674	79.7
Puerto Alegría	1920	-	-	601	31.3	1319	68.6
Pto. Santander	3140	-	-	1299	41.3	1841	58.6
La Victoria	880	-	-	0	-	880	100
Tarapacá	4193	-	-	3622	86.3	571	13.6
TOTAL	81017	9493	11.7	34736	42.8	36788	45.4

Fuente. Aseguramiento SSD. 2005 Citado por Gobernación del Amazonas. 2005.

Las nuevas competencias establecidas en la Ley 715 permiten a los municipios de Puerto Nariño y Leticia “celebrar los contratos para el aseguramiento de la población pobre y vulnerable en el Régimen Subsidiado, realizar el seguimiento y control directamente a través de interventorías internas o externas. Para el caso de los Corregimientos Departamentales, que no son considerados Municipios, el Aseguramiento de esta población y el seguimiento de la contratación continúan a cargo del ente Departamental” (Gobernación de Amazonas 2005:19)

Para el caso de la población indígena, de ella solo una parte se encuentra actualmente afiliada bajo el régimen subsidiado dado que la Gobernación y los dos municipios han definido el número y distribución de asentamientos que deben cubrir determinadas EPS particulares. Lo que hace que aún un sector de la población sigue dependiendo en su totalidad de la cobertura por parte de la Secretaría de Salud Departamental.



Diagnóstico Socio-Antropológico

El acceso y uso de la población rural a los servicios de salud se han visto limitados dado que las EPS esporádicamente visitan la zonas. Por ello, la población se ve obligada a desplazarse en largas distancias de recorrido fluvial hasta el Centro de Salud más cercano. Sumado a esta situación, los Puestos de Salud comunitarios, que cuentan con un promotor de salud nombrado por la comunidad, se han visto desprovistos de dotación de medicamentos de salud básicos debido a que la norma no contempla la entrega de dicha dotación por parte de las EPS, y la Secretaría de Salud que antes ejercía esta función ya no cuenta con los recursos para hacerlo. Aunque los promotores siguen siendo pagados por la secretaria de salud y infraestructura se mantiene, la dotación para ejercer las funciones de atención básica son precarias en el mejor de los casos.

Dinámicas de salud-enfermedad del departamento

Morbilidad

En el departamento del Amazonas presentaron las siguientes patologías para el 2005, a saber:

- Infecciones respiratorias agudas (IRA). 56% población < 5 años afectada.
- Enfermedades diarreicas agudas (EDA). 57.9% población < 5 años afectada.
- Tuberculosis. Aumentó en un 128% con respecto al 2004. 77% casos de forma pulmonar.
- Enfermedades transmitidas por vectores (malaria – leishmaniasis). 7 casos de leishmaniasis cutánea y 3 de mucosas. El grupo poblacional más afectado de 15 a 44 años, económicamente activo y se presenta con mayor frecuencia en los hombres que en las mujeres
- Enfermedades inmunoprevenibles. Varicela. Aumentó 185% la incidencia con respecto a 2004. Cobertura departamental vacunación: 41,1% para todos los biológicos)
- Enfermedades de transmisión sexual. Alta incidencia especialmente en la ciudad de Leticia y el corregimiento de Tarapacá. 47.2% de pacientes presentaron vaginosis bacteriana; 33.5% de gardnerella y candidiasis genital; 14.4% infecciones gonocócica y no gonocócica, otras sífilis y herpes genital.



Diagnóstico Socio-Antropológico



Malaria

De acuerdo a los registros, la malaria se constituye como la principal enfermedad transmitida por vectores. Entre 1997 y el 2000 se registraron anualmente más de 1500 casos, siendo 1998 el año donde se reportó el mayor número de éstos (2.223). A partir del 2003 se registra un descenso a 311 casos. (Gobernación del Amazonas 2005:27)

Para el 2004 se reportaron 244 casos y para el 2005 registraron 321 casos de ciudadanos colombianos. Adicionalmente se diagnosticaron y trataron 63 casos procedentes del Brasil, 22 casos de otros departamentos fronterizos y 16 casos del Perú. De los casos nacionales tratados, el 98% corresponde a vivax, 1% a *P. falciparum* y 1% asociados. "El Índice Parasitario Anual (IPA) del departamento fue de 3,9 por 1000 habitantes. El vector principalmente implicado en la transmisión es el *Anopheles darlingi* y vectores secundarios como *Anopheles oswaldoi* y *Anopheles puntiamcula*" (Coordinación de Patologías - ETV. 2006: 23)

Según la Coordinación de Patologías – ETV de la Secretaría de Salud Departamental, este aumento se debe "al incremento en el número de focos en países vecinos como el Brasil en las localidades Ipiranga frontera con el Corregimiento de Tarapacá y en la comunidad indígena Umariacú de Tabatinga frontera con el municipio de Leticia y otro factor puede ser por la dificultad en el desarrollo de acciones operativas por no disponer de algunos insumos como combustible." (Coordinación de Patologías – ETV 2006:23)

Los casos de malaria en el departamento de acuerdo a corregimiento y municipio para el 2005 fueron los siguientes:

Tabla No. 14 Casos de Malaria 2005

Corregimiento/municipio	Número de casos	Porcentaje
La Pedrera	107	33,3%
Tarapacá	82	25,5%
Leticia	72	24,4%
Mirití	28	8,7
El Encanto	15	4,7
La Chorrera	8	2,5
Arica	4	1,2
Puerto Nariño	3	0,9
Puerto Santander	2	0,6

Fuente. Coordinación de Patologías - ETV. 2006.

Según datos de la Secretaría Departamental, los grupos de edad más afectados por esta patología en el 2005 son los menores entre los 0 años hasta los 17 años, y los mayores de 50 años.

La situación de la malaria en el Amazonas entre el 1 de enero y el 10 de junio de 2006 presenta un pequeño repunte en comparación al mismo período del año anterior. Hasta el mes de junio la Secretaría Departamental de Salud había diagnosticado y tratado 192 casos.

“De éstos 126 (65,6%) son Colombianos, 48 (25%) son Brasileños, 13 (6,8%) son Peruanos y 5 (2,5%) proceden de otros departamentos. Los casos de procedencia Brasileña pertenecen a las comunidades de Umariacú, Belem de Solimoes, Nova Esperanza y Tacana. Los casos del Perú provienen de Erené y Bella Vista – Cayarú. Por sitios de atención 121 casos (63%) se atendieron en Leticia, 26 (13,5%) en Pedrera, 23 (12%) en Tarapacá” (Coordinación de Patología – Control de Vectores. 2006)

En cuanto a los casos colombianos, se reporta que en Leticia se atendieron el 48,4% (61 casos), en La Pedrera el 19% (24 casos), en Tarapacá el 17,5% (22 casos), en La Chorrera el 5,6 (7 casos), en San Rafael el 4% (5 casos) y en Puerto Nariño el 0,8% (1 caso). “De los 61 casos de Leticia 56 (91,8%) fueron por *Plasmodium vivax*, 4 (6,6%) por *Plasmodium falciparum* y uno mixto. Se registra la introducción del *Plasmodium falciparum*, que no teníamos desde hacia más de tres años, esto nos llevó a intensificar las acciones de vigilancia (Coordinación de Patología – Control de Vectores 2006).



Diagnóstico Socio-Antropológico

Según la Secretaría de Salud Departamental, las comunidades más afectadas del municipio de Leticia son las que se encuentran ubicadas en el trapecio amazónico, a saber:

- Nazareth
- Arara
- Zaragoza
- Puerto Triunfo
- Santa Sofía

Esta entidad ha señalado como foco principal de la malaria para estas comunidades la comunidad de Umariacú en el Brasil. "También hubo transmisión en la inspección del Calderón, en esta comunidad donde los primeros pacientes inicialmente eran procedentes de la comunidad Brasileña llamada Nova Esperanza. Estamos frente a una situación de brote en comunidades rurales del municipio de Leticia, y en alerta epidemiológica especialmente en las localidades como el Kilómetro 6, donde llegaron recientemente pacientes procedentes del Tacana Brasileño y San Sebastián de Los Lagos donde hay gran influencia Peruana" (Coordinación de Patología – Control de Vectores 2006). A pesar de la prevalencia de la malaria, enfermedades como el IRA y EDA y recientemente, la incidencia de la tuberculosis, hacen que la malaria sea un problema de salud-enfermedades relativizado por las poblaciones. Sin embargo para el sector oficial la malaria sigue ocupando un espacio prioritario en el quehacer del control, prevención de la enfermedad y promoción de la salud. No obstante, las condiciones sociales y ambientales del departamento hacen que los programas de salud pública no tengan el impacto esperado. Diferencias culturales, distancias geográficas, gestión compleja del tiempo y altos costos operativos se constituyen un hecho social que se erige como un obstáculo para el proceso de cuidado de la salud, de la atención a las poblaciones urbanas, peri-urbanas y rurales.



Diagnóstico Socio-Antropológico

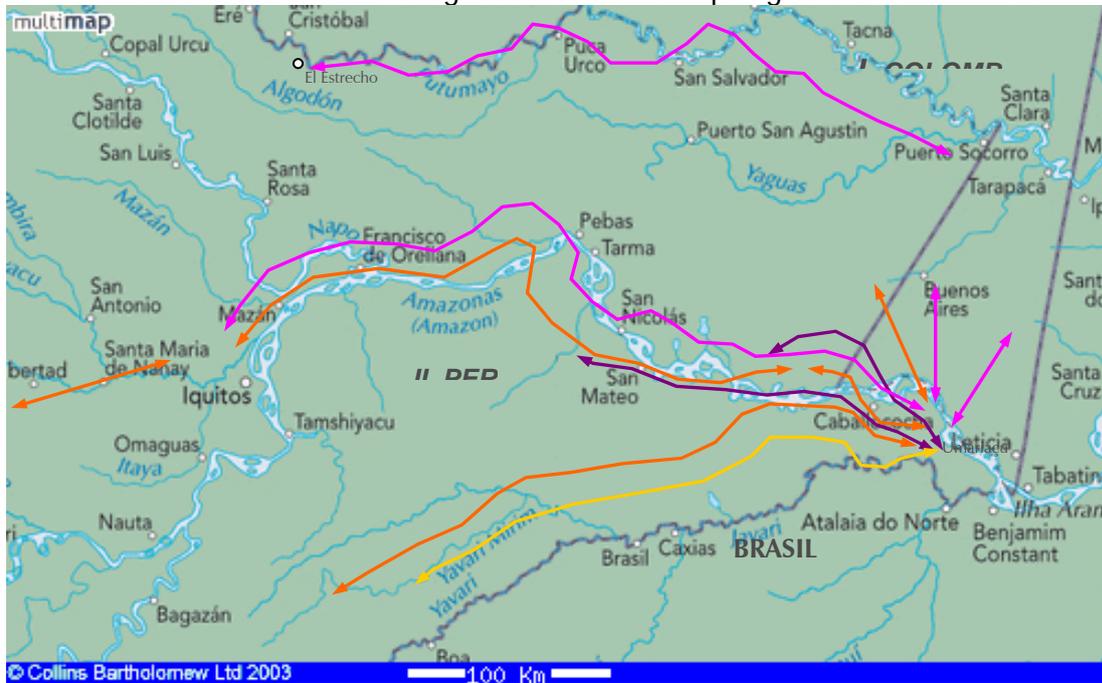


Movilidad geográfica

La movilidad geográfica de la población a nivel transfronterizo se constituye en una dinámica en estrecha relación con la malaria. Se identificaron varias corrientes: la primera, está relacionada con la Nación Ticuna que se encuentra ubicada en territorio peruano, colombiano y brasilero. Debido que el Estado de Brasil da una subvención de protección a cada niño indígena nacido en su territorio (R 1.200), se genera una movilización de familias Ticunas en donde hay una gestante hacia las poblaciones brasileras más cercanas: Umuariaçú I y Umariaçú II, ubicadas a menos de 3 kilómetros del centro urbano de Leticia. De acuerdo a la información suministrada por la Secretaría de Salud del Amazonas y Salud de la Prefectura de Tabatinga (Brasil), estas dos poblaciones indígenas tiene una alta prevalencia de malaria. Para el 2005, Umariaçú I con 960 habitantes, tuvo un registro de 1212 casos positivos de malaria y Umariaçú 2 con 2596 se registraron 2923 casos. Hasta mayo de 2006, Umuariaçú I tiene un registro de 263 casos y Umariaçú II de 734 casos. (Entrevista Secretaría Salud de la Prefectura de Tabatinga, 2006).

Los habitantes de estas dos comunidades a su vez se desplazan hacia el río Tacana para desarrollar actividades de subsistencia (pesca y agricultura). Este sitio es identificado como un foco endémico de malaria.

Diagnóstico Socio-Antropológico



Mapa No. 4 Movilidad Geográfica Dpto. Amazonas

Convenciones:

- ←→ Grupo israelita
- ←→ Ticunas
- ←→ Otros grupos indígenas
- ←→ Comercio

Otra corriente de movilidad geográfica la protagoniza un grupo social que se autodenomina "israelitas" que vienen desplazándose de los Andes peruanos hacia las tierras bajas de la Amazonía, fundamentalmente siguiendo los ríos Amazonas y Yavari.

Su área de influencia es transfronteriza: en este momento ya se han consolidado 4 comunidades al interior del territorio colombiano. Según la información recopilada, este grupo se constituye en un factor de movilidad de la malaria puesto que cruzan zonas endémicas, entre las cuales se destaca el río Yavari.



Diagnóstico Socio-Antropológico

Los israelitas son un grupo religioso que presenta un importante nivel de organización comunitaria con ideales políticos basados en una idea mesiánica y la representación de la selva amazónica como su tierra prometida. Este grupo humano ha establecido algunos nuevos asentamientos y se ha ubicado en otros ya existentes. Como es un grupo fortalecido, ha logrado acceder a cargos públicos en los poblados en esta región, teniendo una gran impacto en la toma de decisiones de la región y capacidad de movilización social. Por tanto, cualquier acción relacionada con el campo de la salud, que involucre la población de la región debe ser concertada con los líderes de este grupo (Caballococha – Islandia).

Cooperación binacional en salud

Las relaciones de cooperación entre la Secretaría de Salud del Amazonas en programas y acciones de ETV con los Centros de Salud de Islandia y Santa Rosa y la Secretaría de Salud de la Prefectura de Tabatinga son efectivas y continuas. Existen convenios formales binacionales pero en la práctica se desarrollan mediante los contactos personales entre funcionarios. Existe una relación de intercambio funcional de insumos para el control y en educación continuada en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.



Diagnóstico Socio-Antropológico
2.1 DINÁMICAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE LORETO-PERÚ

Medio ambiente

El Departamento de Loreto está ubicado en el extremo nor-oriental del Perú, siendo éste el más grande del país. Está caracterizado por tener un clima de selva húmeda tropical, cuyos ciclos de lluvia están uniformemente distribuidos a lo largo del año.

El entorno geográfico y ecológico de Loreto determina las diferentes formas de adaptación de sus pobladores, y por ende, las diferentes formas de uso y aprovechamiento del suelo.

La comunicación al interior del departamento se realiza en su gran mayoría por vía fluvial, aprovechando los múltiples cursos de ríos y caños de la región. La ciudad de Iquitos cuenta con una malla vial, en la cual se destaca la carretera vía Nauta que se extiende por 60 kilómetros, la cual ha permitido que un desarrollo a lo largo de ella y sirve a su vez de conexión con las localidades periurbanas. Es importante anotar, que la comunicación con los otros departamentos del país se realiza por vía aérea.

Por lo demás, Loreto es una de las regiones más despobladas del Perú. Sin embargo, hay áreas urbanas como Iquitos y Yurimaguas que concentran gran cantidad de población.

La población rural se encuentra dispersa a lo largo de los ríos en pequeños asentamientos con baja densidad demográfica (25 y 500 habitantes). La accesibilidad a ellos esta mediada por la correlación distancia, tiempo y costos de desplazamiento (motor, bote, combustible, motorista). Estos elementos hacen que cualquier movimiento que se pretenda realizar exija una gran inversión en dinero, tiempo en capacidad operativa para lograr cumplir con el/los objetivos propuesto(s). Un ejemplo de ello se puede dar a través del desplazamiento entre Iquitos e Islandia que toma en bote 10 horas en promedio en donde se debe incluir los costos antes mencionados.



Diagnóstico Socio-Antropológico



En esta línea de de análisis, el tiempo en la región exige, paradójicamente, una gestión del tiempo debido a:

- las condiciones estructurales para moverse no son fáciles;
- la disponibilidad de los medios de transporte es irregular;
- los costos no permiten frecuencias establecidas para los viajes;
- la disponibilidad de los insumos es irregular;
- la intervención de factores ambientales dificulta los viajes;

Etnicidad

Una de las características predominantes de la región de Loreto es su multiculturalidad: 39 etnias indígenas diferentes, campesinos, y población urbana. Los dos últimos grupos ha llegado a la región atraídos especialmente por las bonanzas extractivistas, tales como caucho, quininas, y en los últimos tiempos, el petróleo. Los grupos indígenas se encuentran ubicados a lo largo de los ríos. Su economía es de subsistencia y sus pocos excedentes son para el mercado. Existen 11 organizaciones indígenas que hacen parte de la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP) que vienen adelantando algunos programas entorno a salud y educación intercultural.

Una parte importante de población que se ha asentado a lo largo de ríos corresponde a campesinos, algunos, provenientes de otros departamentos. Estos han generado sistemas de gestión de la tierra de uso mixto –serranos, nativos amazónicos-. Estas formas de aprovechamiento de la tierra no genera ingresos suficientes para cubrir las necesidades mínimas, lo que conlleva a bajos niveles de vida.

Diagnóstico Socio-Antropológico

Estas comunidades, de formación relativamente reciente en términos geopolíticos, aún no han consolidado una estructura social organizativa que les permita hacer funcional sus propuestas ante las instituciones oficiales. Estos grupos se encuentran en proceso de construcción social del territorio, por lo cual aún no han diseñado estrategias organizativas comunitarias que les permita mejorar su calidad de vida, a diferencia de otros cuyos territorios ancestrales están en la región.



Asentamiento campesino Shiriara 1

En cuanto a la población urbana se observa una diferenciación de estratos socio-económicos, cuyos niveles más deprimidos se asientan en la periferia de los cascos urbanos. Las ciudades de Loreto atraen a población indígena y mestiza dado que la representación social de la ciudad es de un espacio que ofrece oportunidades de movilidad social ascendente y como consecuencia acceso a mejores servicios educativos, de salud y empleo. Esta situación está generando la proliferación de asentamientos peri-urbanos.



Diagnóstico Socio-Antropológico



Sin embargo a nivel urbano se observa el trabajo de ONGs, universidades y centros de investigación que trabajan de manera aislada. En sectores como el de la salud la DRSA Loreto colabora con las facultades de medicina humana y enfermería de la Universidad de la Amazonía Peruana, el Laboratorio de Investigación de Productos Naturales Antiparasitarios de la Amazonía – LIPNAA (UNAP) y las ONGs Care y Caritas.

Economía

A nivel rural tanto indígenas como campesinos tienen una economía de subsistencia (agricultura y pesca). Este tipo de actividad como lo muestra tanto el trabajo de campo como la literatura evidencia los bajos niveles de protección, en el mejor de los casos. La condición usual es la no protección causada por las exigencias mismas de este tipo de labores y por el tipo de sociedad a la cual se pertenece.

Una actividad de gran importancia en la región es la explotación maderera en las cabeceras de los ríos que vincula a este sector de la población como trabajadores. Grupos familiares se desplazan hacia estas regiones. La permanencia en ellas tiene un promedio de seis a ocho meses, durante los cuales acumulan la madera que será vendida en las ciudades durante la creciente del río. Este hecho amerita ser resaltado debido a que los asentamientos provisionales difícilmente cumplen con normas mínimas de saneamiento básico, protección adecuada en los espacios contra vectores. Además, los trabajadores debido a la movilidad geográfica y a las condiciones del trabajo tienen altos niveles de vulnerabilidad frente a enfermedades infecciosas y a su vez devienen en reproductores de ellas.

Diagnóstico Socio-Antropológico

En las áreas urbanas dadas las condiciones de las ciudades un grupo minoritario trabaja en el sector de servicios, pero el mayor porcentaje de la población depende de una economía informal para subsistir. Los altos niveles de pobreza para los individuos exigen estrategias cotidianas de afrontamiento para subsistir el día a día. Esta situación no permite a las personas de una parte proyectarse en sus historia de vida y de otra les exige un anclaje en el presente causado por un estado de emergencia constante.

El hecho que la población del departamento tenga las condiciones de vida, fundamentalmente, precarias tiene un impacto general en la sociedad. Primero debemos señalar que históricamente campesinos e indios han sido poblaciones excluidas y ellos en sus narrativas expresan esta condición. La desigualdad no se correlaciona con la identidad étnica sino con la articulación entre los niveles educativos y la movilidad social.



Zona periurbana Iquitos



Diagnóstico Socio-Antropológico



Dinámicas en salud desde el sector público

Tabla No. 27 Núcleo de gestión de lucha contra la malaria de DRSA Loreto

Dependencias responsables	Funciones
Director adjunto de la DRSA Loreto. Coordinador de Control y Prevención de Malaria y O.E.M. Director del Laboratorio Referencial Director de Medicamentos Director de Epidemiología Director de Promoción y Prevención	Diseñar e implementar planes de promoción, prevención y atención con énfasis en malaria y dengue. Monitorear dichos planes en las zonas priorizadas. Articular y buscar el financiamiento necesario para la implementación de los programas.

La Coordinación de Control y Prevención de la Malaria DRSA - Loreto analiza y coordina conjuntamente con los responsables de las Jefaturas de cada Microrred las siguientes estrategias de acción:

- Diagnóstico y tratamiento oportuno.
- Capacitaciones de los promotores de salud voluntarios y técnicos de enfermería en ETV, con énfasis en malaria.
- Las acciones de promoción de la salud a la comunidad.
- Búsqueda activa de sintomáticos.
- Ordenamiento del territorio.

De los 328 establecimientos de salud en Loreto, sólo 106 cuentan con laboratoristas. Las gotas gruesas son tomadas usualmente por los promotores de salud voluntarios o técnicos de enfermería y remitidas al laboratorista más cercano para el diagnóstico.



Resumen epidemiológico del departamento de Loreto

Morbilidad

De acuerdo al Análisis de la Situación de Salud (ASIS) del 2003 las diez principales causas de morbilidad para la población general:

- Parasitosis intestinal
- Rinofaringitis aguda
- Bronquitis aguda
- Anemia por deficiencia de hierro
- Amigdalitis aguda
- Mucormicosis
- Trastornos cerebrovasculares
- Malaria por *Plasmodium vivax*
- Faringitis aguda
- Conjuntivitis viral

Para efectos de este informe se señalarán algunas patologías de interés para la salud pública:

- Infecciones Respiratorias Agudas (IRA). Neumonía en < 5 años con una tasa de incidencia de 32,4 x 1.000 habitantes en el 2003 (Ministerio de Salud, 2004).
- Enfermedades Diarréicas Agudas (EDA). En < 5 años con una tasa de incidencia de 433,6 x 1.000 habitantes en el 2003 (Ministerio de Salud, 2004).
- Tuberculosis. Adultos entre 25 y 54 años en ambos sexos con una tasa de incidencia para tuberculosis en todas las formas de 143,1 x 100.000 habitantes y para BK (+) de 95,4 x 100.000 habitantes en el 2003 (Ministerio de Salud, 2004).
- Enfermedades inmunoprevenibles
- Tos Ferina: Tasa de incidencia de 33,5 x 100.000 habitantes en el 2003 entre niños de 5 a 14 años (Ministerio de Salud, 2004).
- Hepatitis B: Con una tasa de incidencia de 14,1 x 100.000 habitantes en el 2003 principalmente de 15 a 29 años (Ministerio de Salud, 2004).
- Enfermedades de transmisión sexual (ETS). SIDA con una tasa de incidencia de 2,3 x 100.000 habitantes en el 2003 principalmente en el grupo de 20 a 29 y 65 casos de sífilis congénita para el mismo año (Ministerio de Salud, 2004).
- Enfermedades metaxénicas:
 - Dengue clásico: Tasa de incidencia de 83,5 x 100.000 habitantes (Ministerio de Salud, 2004).
 - *Leishmaniasis*: Para el 2003 se reportó una tasa de incidencia de 44,7 x 100.000 habitantes (Ministerio de Salud, 2004). El grupo etáreo más afectado por la forma cutánea es el de 15 a 44 años, y para la forma mucocutánea el grupo de 45 a más años (Dirección Regional de Salud de Loreto, 2003).



Diagnóstico Socio-Antropológico



Malaria

Según los datos de la Dirección Regional de Salud de Loreto (2003), esta patología se constituye como uno de los principales problemas de salud pública en la región de Loreto que involucra más del 80% del territorio departamental. El 59% de los casos de malaria a nivel nacional es reportado por la Dirección de Salud de Loreto, siendo *Plasmodium vivax* el predominante con el 67% de los casos.

Durante el período comprendido entre 1994 y 2002, el mayor número de casos se presentó en 1997 llegando a 121.224, y se concentraron principalmente en la provincia de Maynas (80%). Las actividades de control efectuadas entre 1998 y 2000 llevaron a la disminución de los casos. Sin embargo, en el año 2002 se incrementaron nuevamente los casos por la falta de las medidas de control llegando a 50.865 (35.644 por *Plasmodium vivax* y 15.221 por *P. falciparum*).

Aunque el comportamiento de la malaria no ha mostrado un patrón temporal bien definido, los mayores números de casos se presentaron en los meses de mayo-junio (1997-1999) y en los meses de septiembre-diciembre (2000-2001). Las provincias que aportaron el mayor número de casos en el año 2002 son: Maynas, Alto Amazonas y Loreto. Los distritos más afectados en ese año son, en orden de importancia: San Juan, Iquitos, Yurimaguas, Pastaza, Mazán, Punchana, Balsapuerto, Alto Nanay y El Tigre. El vector principal en las provincias de Maynas, Ramón Castilla, Loreto, Requena y Ucayali es el *Anopheles darlinghi*, mientras que en la provincia de Alto Amazonas es el *Anopheles benarrochi*. Es importante anotar aquí que la malaria en Loreto es tanto urbana como rural.



Diagnóstico Socio-Antropológico

Las tasas de letalidad han sido muy altas incluso en aquellos años durante los cuales se redujeron los casos. En 1997 la letalidad fue de 45 personas x 10.000 casos y en 2000 fue de 7 personas x 10.000 casos. El grupo etáreo que más casos presenta en cada uno de los años reportados es el de 15 a 44 años, seguido del grupo de 5 a 14 años. Sin embargo, las tasas de incidencia son mayores para la población de 5 a 14 años, seguido del grupo de 1 a 4 años. Incluso los menores de 1 año son afectados con una tasa de incidencia de 31,52 x 1.000 habitantes, lo cual indica un transmisión intradomiciliaria para este. En el resto de la población se trasmite de forma peridomiciliaria.

Según el Ministerio de Salud (2004) durante el año 2003 se registraron en el departamento de Loreto 46.626 casos de malaria, de los cuales 36.423 (78,1%) fueron causados por *Plasmodium vivax* y 10.203 por *P. falciparum*.

De acuerdo al Boletín Epidemiológico de Loreto para la Semana Epidemiológica (SE) 21 del 2006, el total de casos acumulados de malaria reportados hasta entonces fue de 21.593, de los cuales 18.040 (83,5%) fueron causados por *Plasmodium vivax* y 3.553 por *P. falciparum*. Los distritos que más casos notificaron fueron:

Tabla No. 28 Notificación de casos para Malaria

Distrito	Número de casos	Porcentaje
San Juan Bautista	4.404	20,5
Iquitos	1.969	9,2
Pastaza	1.850	8,6
Belén	1.336	6,2
Punchana	1.275	5,8
Alto Nanay	1.158	5,3
Mazan	1.039	4,8
Yurimaguas	954	4,4
Nauta	829	3,8
Napo	811	3,8
Balsapuerto	659	3,1
Tigre	610	2,8
Indiana	590	2,7
Otros	4.109	19,0



Diagnóstico Socio-Antropológico

Se podría afirmar que dada la baja cobertura en servicios públicos (acueducto-agua potable y alcantarillado), las condiciones climáticas y ambientales propias de la zona, el difícil acceso y uso a los servicios de salud en las áreas rurales más distantes (para malaria se puede requerir de 2 hasta 12 días desde la toma de la muestra hasta la recepción del tratamiento antimalárico por parte del paciente), los sistemas económicos predominantes en la región (pesca y extracción de maderables) y las limitaciones presupuestales del DRSA para realizar todos los programas de promoción, prevención, control, y diagnóstico y tratamiento oportuno de malaria en tan vasto territorio, constituyen el contexto para que el Departamento de Loreto aporte el 59% de los casos en todo Perú.

Movilidad geográfica

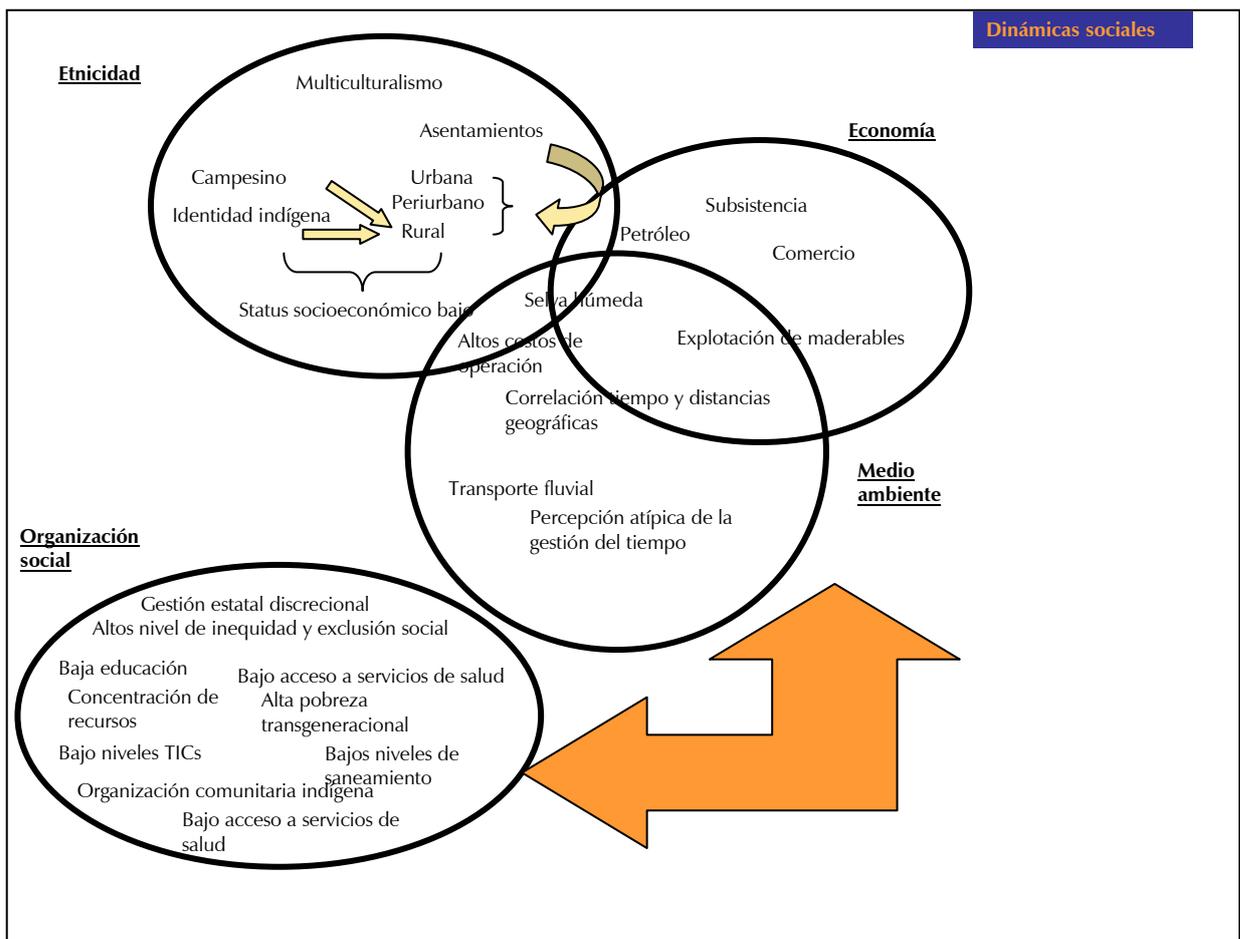
La movilidad geográfica de la población rural campesina y urbana de escasos recursos en búsqueda de ingresos familiares a las zonas de explotación de maderables y sitios de pesca hace de éstas poblaciones susceptibles al contagio de la malaria. Así mismo, estas poblaciones se convierten en “reproductores” de la patología desde sus campamentos hasta sus sitios de origen.

Se reconoce también una importante movilidad geográfica por los ríos Putumayo (San Antonio del Estrecho – Perú y Tarapacá – Colombia) y Amazonas (Caballococha, Santa Rosa e Islandia – Perú y Leticia – Colombia), frontera con Colombia. En el primer caso, dicha movilidad se presenta principalmente por motivos económicos: transporte, venta y compra de bienes de consumo, y la explotación y transporte de madera.

Al igual que en Colombia, el movimiento geográfico poblacional de los indígenas Ticuna y el grupo “Israelita” se constituye como uno de los principales factores de riesgo y distribución de malaria en esta área.

Cooperación binacional

Existe un convenio binacional de cooperación en temas de salud entre Perú y Colombia que se hace efectivo particularmente en la provincia de Maynas con los departamentos colombianos del Putumayo y Amazonas, y en la provincia de Ramón Castilla con el departamento de Amazonas. Es importante resaltar que en el campo de la prestación de servicios de salud los dos países brindan indistintamente la atención a la población indistintamente de la nacionalidad.



MAPA CONCEPTUAL DINÁMICAS SOCIALES



Diagnóstico Socio-Antropológico
3. CULTURA DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS

Representaciones sociales en salud – enfermedad

La cultura de la salud en el Departamento del Amazonas presenta una complejidad estructurada por elementos que hacen referencia al tema de lo urbano, rural, identidad étnica y diversidad cultural.

En términos generales, teniendo en cuenta la distribución demográfica del departamento, podemos inferir que la representación social de la salud-enfermedad está definida de acuerdo a espacios de vida y cultura. Para el caso de la población urbana, predominantemente mestiza, presenta unos rasgos culturales diversos que dependen de su origen geográfico, pero que comparten la idea de salud a partir de la antonimia lingüística que es la enfermedad. La salud es, en este sentido, no padecer de enfermedades. La lógica de esta definición encuentra su raíz en la funcionalidad de la categoría salud. Estar sano equivale a poder trabajar, estar bien físicamente, no padecer de ningún tipo de malestar, dolencia. Es, además, una categoría que les permite comprender y afrontar los síntomas que pueden sugerir la presencia de alguna enfermedad.

En el ambiente rural, que para el caso del Amazonas es la selva húmeda tropical, la salud está íntimamente ligada al tema de la etnicidad. Esta categoría significa una identidad cultural, una forma particular de pensar el mundo y una gestión de la vida individual y social. A pesar de la diversidad cultural, 24 etnias reconocidas actualmente en la región, podemos establecer que la salud se relaciona con ausencia enfermedades, pero además significa tener chagras, comida, una buena vivienda, agua potable, buenas relaciones con los vecinos, relaciones comprensivas entre padres e hijo, estar alegre, tener un buen estado físico y tener una relación armónica entre individuo, grupo social y naturaleza. La enfermedad, en este orden, está definida como una



Diagnóstico Socio-Antropológico

alteración o transgresión del orden natural, ruptura con algunas de las relaciones mencionadas como armónicas (contravención de restricciones alimentarias y sociales, exceso de aprovechamiento de la oferta ambiental del bosque, y alteraciones en el orden cosmogónico cultural).

Representaciones sociales salud-enfermedad – malaria

El tema de las enfermedades transmitidas por vectores debe ser considerado en el marco de la división de la geografía humana entre lo rural y lo urbano. Para las poblaciones en el contexto rural (indígenas), las enfermedades transmitidas por vector y, particularmente, aquellas que en su sintomatología presentan episodios febriles son definidas inicialmente como virosis o gripa. Si la sintomatología febril no cesa se define como un caso de malaria. La población indígena reconoce los síntomas (fiebres recurrentes, escalofrío, dolor de cabeza, dolor muscular, a veces se presenta vómitos, orina rojiza, palidez del rostro 'amarillo') pero no reconoce el tipo de mosquito. La malaria para ellos no es una enfermedad desconocida y muchos de ellos conocen las guías de tratamiento. Dado este conocimiento, muchos indígenas acuden directamente al Centro o Puesto de Salud más cercano para encontrar la solución a la enfermedad, presentando altos niveles de adherencia al tratamiento de antimaláricos. En resumen podríamos formular el siguiente recorrido cuando los síntomas aparecen:

- 1) En el primer episodio febril, se acude a la medicina tradicional (Uso de medicinas vegetales –Trapecio Amazónico- chamanes-médicos tradicionales para que soplen y curen)
- 2) Si no baja la fiebre se acude al promotor de salud en el PS más cercano para que se tome la prueba de gota gruesa.
- 3) En el río Mirití Paraná se implementa la prueba rápida por parte del promotor de salud.
- 4) Una vez se toma la prueba de gota gruesa, el promotor de salud debe enviar la lámina al microscopista más cercano.
- 5) Una vez el microscopista diagnostica malaria y la tipifica, envía el tratamiento antimalárico al promotor de salud si lo tiene.
- 6) El microscopista a su vez envía la lámina al Centro de Salud más cercano para que la bacterióloga reconfirme el resultado. Si es afirmativo, se envía el tratamiento al microscopista.



Diagnóstico Socio-Antropológico

- 7) A su vez, la bacterióloga envía la lámina al Laboratorio de Salud Pública departamental para control de calidad y registro epidemiológico.
- 8) El ciclo entre la toma de la muestra y la recepción del tratamiento puede tomar en las comunidades más cercanas entre 2 a 3 días. En las más lejanas entre 7 y 12 días.
- 9) Los promotores de salud no cuentan con un stock de antimaláricos, ni con microscopios que permita un diagnóstico precoz.

Es importante anotar que la etnicidad alrededor del reconocimiento de la malaria la circunscribe a la categoría de una enfermedad no perteneciente al espacio cultural indígena; la malaria, en este sentido, es definida y presentada socialmente como una “enfermedad de los blancos” y, en consecuencia, su tratamiento debe hacerse con los medicamentos occidentales pero que dadas las grandes distancias de las comunidades rurales al Centro de Salud más cercano, el acceso y uso a ciertos servicios sanitarios - que no prestan los Puestos de Salud Comunitarios- es esporádico. Esta situación frente a la malaria implica varios elementos:

- Una gestión de la enfermedad fundamentada en la diferencia cultural
- Es una enfermedad de los “otros”
- El manejo no está adaptado a la categoría de identidad étnica
- Al ser una enfermedad extranjera se construye un doble proceso de distanciamiento cultural y dependencia medicalizada

Estos elementos moldean tanto los itinerarios terapéuticos como las trayectorias de riesgo. Los pueblos indígenas reconocen la letalidad de la enfermedad porque la han vivido. Sin embargo, la causalidad de su origen está principalmente relacionada con la transmisión dada por el vector, pero también la relacionan con el tema del agua. La malaria se relaciona con el consumo de aguas contaminadas y con la presencia de aguas quietas (lagos, charcos). Además depende de la fluctuación de los niveles de ríos y caños en donde se encuentra asentada la mayoría de esta población.

Igualmente, la población indígena correlaciona el problema ecológico con la reproducción de la enfermedad. Esto significa que se vincula lo antes mencionado con la movilidad de la población y las maneras de organización social propias de sus comunidades. En muchos casos personas infectadas atraviesan sus territorios y permiten la reproducción de la enfermedad.



Diagnóstico Socio-Antropológico

Para estas poblaciones, la malaria es entendida como: un conjunto de síntomas que hacen parte del espacio del "blanco" y, que por lo tanto las nociones típicas de salud pública, prevención de la enfermedad y promoción de la salud, no tienen un eco ni cultural ni social. Por lo tanto, la trayectoria de riesgo está marcada por la ausencia de la noción de riesgo. Esta noción no es una noción ecológicamente legítima por varias razones: (i) la gestión del tiempo no corresponde a la linealidad temporal occidental; (ii) implicaría pensar el contexto de la selva como "desadaptado" a su existencia; (iii) en términos lingüísticos, el riesgo es una categoría que nos remite a pensar la existencia humana en términos de posibilidades de enfermarse y, para ellos, todo proceso social disruptivo (enfermedad) está relacionado con una causalidad chamánica. Entonces, cabe preguntarnos sobre un significado diferente de lo que es la enfermedad, ya que los espacios usualmente intervenidos por la salud pública no corresponden a los de las comunidades indígenas. ¿Qué tipo de relación se puede establecer desde el espacio del "blanco"? cuando la malaria es definida como una enfermedad extranjera y debe ser manejada de acuerdo con los preceptos de saberes locales, exigiendo la articulación las autoridades tradicionales, roles sociales y políticas étnicas (e.g. multiculturalismo), trabajo que se ha venido desarrollando a través de las AATI.

En el caso de las poblaciones urbanas mestizas, los episodios febriles están asociados a enfermedades virales que a su vez se subdividen en las relacionadas con resfriados o eruptivas. En cualquier caso, la manera de tratar la enfermedad se inicia con la ingesta de un calmante tipo acetaminofen o dolex. Cuando los episodios febriles son recurrentes, las personas han integrado las maneras efectivas de controlar estos síntomas. El acudir al Laboratorio de Salud Pública de la Secretaría, para el caso de Leticia, es el recurso más efectivo para ellos. En este caso es importante señalar que el itinerario terapéutico está bien definido: recurrencia de episodios febriles implica buscar el acceso al sector oficial de la salud. Este proceso es inmediato y el Laboratorio responde eficazmente a la demanda. Para el caso de poblaciones urbanas secundarias,



Diagnóstico Socio-Antropológico

las personas siguen la misma lógica que en Leticia. Aparición del síntoma, persistencia de los síntomas, traslado al Centro de Salud más cercano.

Para el caso de esta población, la responsabilidad de la gestión general de la malaria recae en el Estado. La percepción general es que el Estado es el encargado de vigilar, controlar y erradicar la malaria. En este sentido, la fumigación se erige como el arquetipo de intervención para lograr un control efectivo del vector, ya que en esta práctica se encarna la relación Estado-Ciudadano, la acción comunicativa de cuidado y una visibilización de su condición como seres humanos. Sin embargo, la población solicita una mejor adaptación del servicio en términos de dotación de medicamentos, radiocomunicación, bote, motor, gasolina a los Puestos de Salud. Se solicita que exista coordinación de acciones de promoción, control, diagnóstico y tratamiento de malaria por parte de las instituciones sanitarias de Brasil, Colombia y Perú.

Percepción de Riesgo

El habitante urbano de esta región vive de actividades de subsistencia, pequeño comercio que son actividades que, per se, no constituyen una vulnerabilidad para contraer malaria. El lugar del riesgo no se ubica tanto en el tipo de vivienda o de asentamiento, sino en las actividades de la esfera privada durante las horas no laborales, donde no hay una percepción clara de la actividad del vector. Así las cosas, las prácticas de prevención para la población están centradas en el uso de toldillo²³ y la fumigación, ya que sus condiciones de vida les exigen una orientación temporal hacia el presente. En ese sentido, la planeación estratégica para prevenir no tiene un espacio en sus historias de vida. Las prioridades de la población se focalizan hacia afrontar la

²³ La población viajera no usa toldillo cuando se desplaza. Si lo usarán bajaría el número de casos en un 13%. (Coordinadora ETV, retomando conclusiones de estudios de adherencia realizados por la Universidad de Londres. 2004).



Diagnóstico Socio-Antropológico

vida con hechos tan básicos como poder comer en la noche. Por esta razón, las ETV no se constituyen en prioridades existenciales sino en un elemento más con el cual ellos deben convivir.

Para el sector oficial la malaria es una grave problema y se reconoce la enfermedad como endémica en la región y Leticia es percibida como una "isla" rodeada de malaria. A pesar de las limitaciones estructurales (voluntad política, restricciones presupuestales, restricciones presupuestales y determinantes ecológicos), ha impulsado las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad logrando que la población reconozca el trabajo realizado con buenos niveles de legitimidad social. Un ejemplo de esto es la distribución de toldillos impregnados a los centros hospitalarios y a las zonas donde se presentan brotes o picos para evitar una mayor incidencia y lograr un control efectivo de la enfermedad.

Los siguientes puntos muestran los elementos que comparten las poblaciones rurales y urbanas en términos de trayectorias y percepción de riesgo frente a la malaria:

- La malaria depende del nivel de aguas de ríos y caños y presencia de charcos.
- No hay una identificación sistemática de reservorios/criaderos.
- No se realiza una limpieza de las orillas de pozos, lagos artificiales.
- Escasas actividades de recolección de basura en las comunidades.
- Poca roza de vegetación alrededor del sitio de habitación.
- Población económicamente activa es la más vulnerable.
- Actividades de pesca de autoconsumo y comercial, extracción de madera y caza se constituyen como riesgo para los hombres adultos.
- No uso de protección cuando se realizan actividades de subsistencia.
- Pozos sépticos y letrinas construidas sin especificaciones técnicas.
- Consumo de agua "contaminada", especialmente en época de verano.
- Desplazamiento de la población a zonas con alta prevalencia de malaria (Ticunas; Israelitas, madereros)
- La población no usa de protección (ropa, repelentes) en las horas de mayor actividad del vector.
- Por la rivera del río Amazonas y en el Corregimiento de Tarapacá la casi totalidad de la población usa toldillo. No es impregnado y son adquiridos personalmente por las familias. En el corregimiento de La Pedrera, su uso es muy esporádico, dado que hay una baja densidad del vector y las personas

Diagnóstico Socio-Antropológico

expresan la que les da calor. Tan sólo es usado por las personas que están enfermas de malaria.

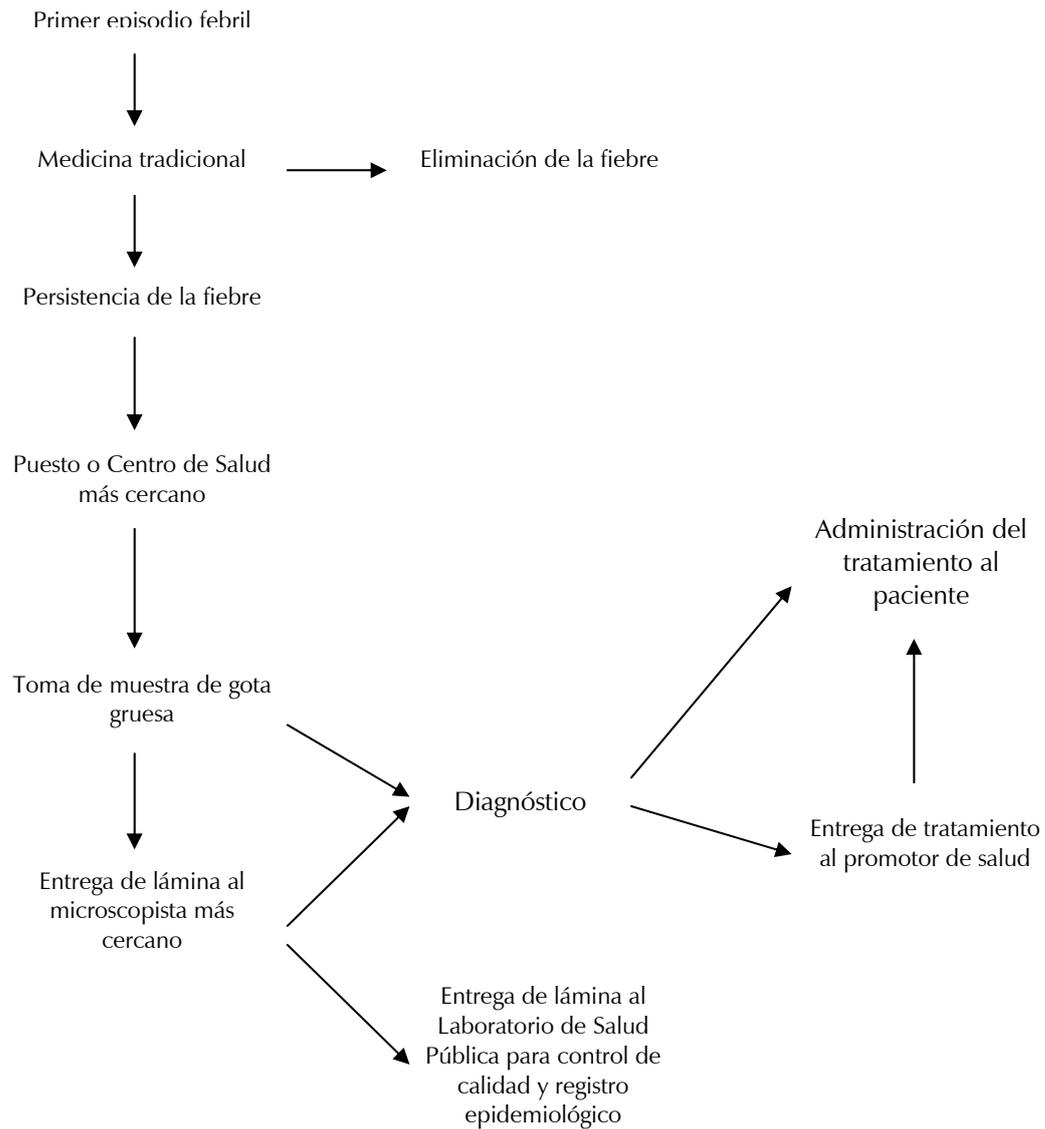
- No se usan anjeos en las casas rurales.
- La orientación temporal de la población es hacia el presente, no hay proyectos a futuro y por tanto la noción de prevención no existe.
- La precariedad de dotación de los Puestos de Salud comunitarios es percibida como un factor de riesgo, dado que no hay cómo diagnosticar y tratar precozmente la malaria y otras dolencias.
- Los programas en salud pública son incipientes (Promoción y Prevención).

Tabla No. 29 Trayectorias de riesgo

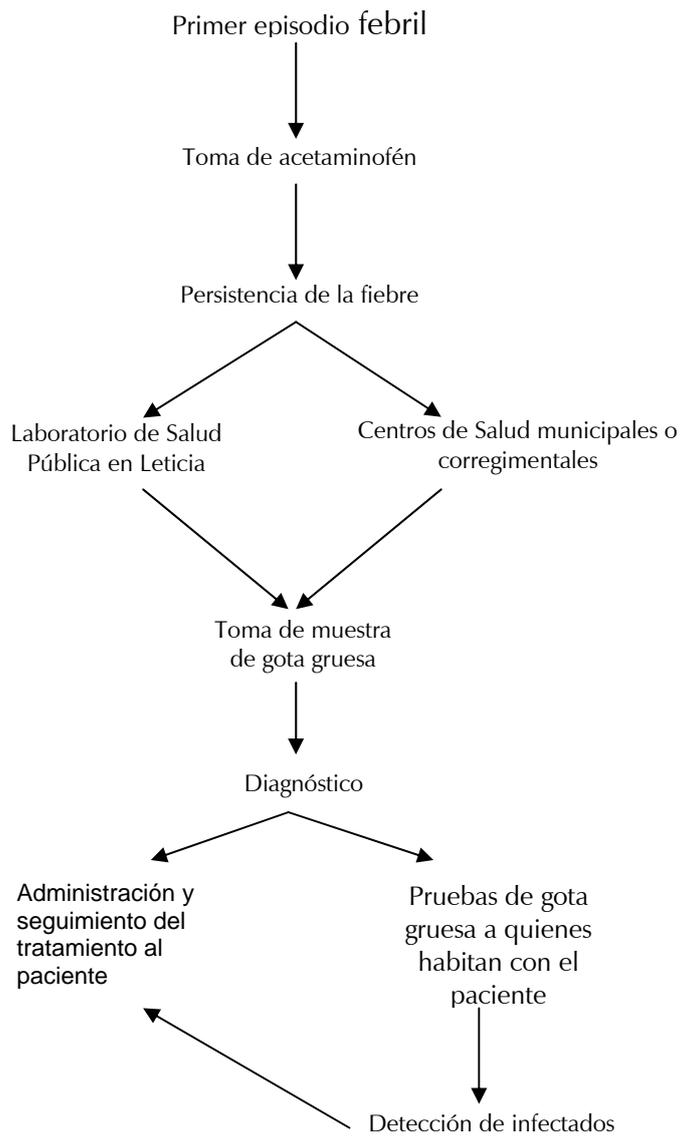
Trayectorias disposicionales	Trayectorias situacionales
Actividades en esfera privada durante horas activas del vector	Vivienda ubicada cerca a fuentes de agua.
Actividades de pesca para la subsistencia y comercial.	Vivienda ubicada en zonas propensas a la inundación.
Actividades de explotación de maderables.	Viviendas o áreas de trabajo ubicadas en zonas sin control de criaderos.
Actividades de caza	Viviendas o areas de trabajo en zonas rurales aisladas de cabeceras municipales.
Actividades laborales-agrícolas cerca a fuentes de agua.	Nivel de aguas en ríos y caños asociado al ciclo de lluvias.
Actividades en zonas de mucha vegetación-selva/monte.	Bajos niveles de gobernabilidad
No realización de ordenamiento del medio	
No uso de protección cuando se realizan actividades de subsistencia o comercial.	
Movilidad geográfica de la población por razones económicas (Estrecho/Tarapacá-Río Putumayo; Leticia/Iquitos-Río Amazonas); y culturales (Israelitas y Nación Ticuna – Ríos Amazonas-Yavari)	

Itinerarios Terapéuticos

Mapa Conceptual Itinerarios Terapéuticos Comunidades indígenas



Mapa Conceptual Itinerarios Terapéuticos Comunidades urbanas





3.1 CULTURA DE LA SALUD DEPARTAMENTO DE LORETO

Debido a la extensión geográfica del departamento de Loreto, presentaremos rasgos generales de la población sobre la base de una división clásica de la geografía humana: urbana y rural. Dentro de cada espacio geográfico debemos enfatizar en que se presentan particularidades culturales que dependen directamente de los orígenes étnicos sumados a las condiciones ambientales.

Representaciones sociales en salud – enfermedad

La representación social de la salud para las comunidades rurales, campesinas, está asociada a una doble experiencia: (i) corporal y (ii) situacional. La primera hace referencia a la ausencia de malestares o cualquier tipo de manifestación (síntomas) que se experimente como disruptivo. El segundo elemento sugiere pensar la salud en términos de posesión de condiciones de vida dignas: alimentación suficiente, tranquilidad individual y familiar, posibilidades de educación, fuentes de empleo, deseos de trabajar, recursos económicos básicos, hogar, emociones positivas, y acceso a servicios de salud. (Tener una Posta según sus narrativas). La condición de salud, entonces, para esta población está dada por la interdependencia de ambos factores.

La enfermedad para esta población sigue la misma lógica de la conceptualización de lo que es estar sano y de lo que significa la salud. Es así que la enfermedad, en primera instancia, es una experiencia corporal. Es una experiencia que se inscribe en el cuerpo y se evidencia a través de una variedad de manifestaciones/síntomas. Dolencias, malestares, sensación de debilidad, enflaquecerse son una red semántica que da cuenta de la enfermedad como un “algo” que le pasa al cuerpo. Esta situación impacta tanto la esfera pública como privada del individuo. Al ser vivida, la enfermedad, como



Diagnóstico Socio-Antropológico

un proceso limitante para su quehacer diario el individuo se autopercibe restringido en el mundo de la vida cotidiana²⁴.

Representaciones sociales en salud-enfermedad ETV – malaria

“La malaria da en tiempos de frutas. En febrero el umarí, caimito en noviembre y ahora se está levantando en junio” (Campesino Loreto, 2006)

La malaria, en primer lugar, se puede establecer como una enfermedad reconocida en los sistemas de pensamiento local. Síntomas, formas de transmisión, tipos de malaria (vivax y falciparum), medicamentos antimaláricos hacen parte del léxico cotidiano en salud. Varias razones pueden aducir este hecho: (i) la convivencia permanente con la enfermedad; (ii) la “cotidianización” del conocimiento científico del mundo de la malaria; (iii) la difusión de la malaria a través de diferentes canales de comunicación (radio, televisión, afiches, cartillas, etc); y (iv) el anclaje cognitivo de lo que significa la enfermedad (letalidad).

Sobre la base de estos elementos, la población adapta el conocimiento experto a las necesidades de funcionamiento social, es decir, que además de conocer la malaria a ésta se le otorgan síntomas y efectos que le dan un sentido global adaptado a lo que es su vida cotidiana. La población al asociar malaria con anemia está significando que los síntomas febriles, los dolores de cabeza impactan el cuerpo debilitándolo y, por lo tanto, impidiendo un correcto funcionamiento social. La anemia no es una enfermedad asociada a una falta de hierro, sino a una experiencia de debilidad corporal que, además, los vuelve más vulnerables a la constelación de las enfermedades locales.

“... sino se trata bien la malaria, las demás enfermedades son complicidad de la malaria” (Campesino Shiriara, 2006)

²⁴ Al referirnos al área rural estamos delimitándonos a una población campesina. En la literatura internacional el término campesino cuando se refiere a Perú es usado indistintamente para nombrar un grupo poblacional que algunas veces se señala como mestizo o mestizo-indígena.



Diagnóstico Socio-Antropológico

La malaria al ser parte de su paisaje social, es causada por la representación del tipo y función del agua. El agua contaminada es un factor que puede causar malaria. De igual manera, lagos, cochas, charcos son percibidos como fuentes de enfermedad. El vector está presente en los factores que pueden producir enfermedad, más sin embargo es la asociación entre los diferentes elementos ambientales lo que permite la presencia de la malaria.

Tabla No. 29 Trayectorias de riesgo

Trayectorias disposicionales	Trayectorias situacionales
Actividades en esfera privada durante horas activas del vector	Vivienda ubicada cerca a fuentes de agua.
Actividades de pesca para la subsistencia y comercial.	Vivienda ubicada en zonas propensas a la inundación.
Actividades de explotación de maderables.	Viviendas o áreas de trabajo ubicadas en zonas sin control de criaderos.
Actividades laborales-agrícolas cerca a fuentes de agua.	Viviendas o áreas de trabajo en zonas rurales aisladas de cabeceras municipales.
Actividades en zonas de mucha vegetación-selva/monte.	Nivel de aguas en ríos y caños asociado al ciclo de lluvias.
No realización de ordenamiento del medio	Bajos niveles de gobernabilidad
No uso de protección cuando se realizan actividades de subsistencia o comerciales	Precariedad de condiciones sociales
Movilidad geográfica de la población por razones económicas y culturales.	



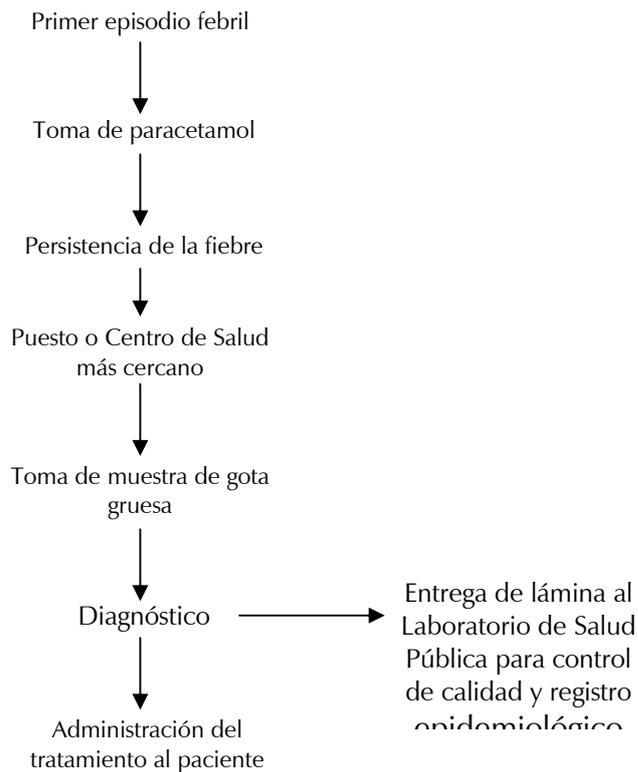
Diagnóstico Socio-Antropológico



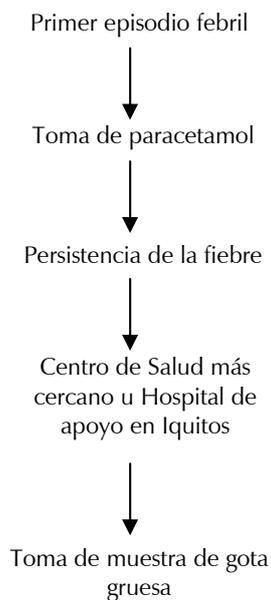
Itinerarios terapéuticos

La población al poseer y manejar un conocimiento experto de la malaria, se permite construir trayectorias terapéuticas que afronten efectivamente la enfermedad. El primer elemento que detona el proceso terapéutico es el primer episodio febril; bajo cualquier circunstancia que rodee el episodio, la primera práctica que se realiza es la ingesta de paracetamol. Esta acción se inscribe dentro automedicación como una práctica normal de la región. Los droguistas cumplen una función social y tienen un rol legitimado por la población. Estos son una fuente de bienestar en salud que facilitan el proceso terapéutico de restablecimiento de la salud. Igualmente, ellos son percibidos como pares culturales que posibilitan accesos a recursos y niveles de comunicación social y culturalmente competentes. El acceso al paracetamol, se da bajo estas circunstancias y es usado como un analgésico que permite una gestión práctica del cuidado en el hogar. Así mismo, comprar Aralem en el mercado negro de Iquitos, es, en términos de costo – beneficio, positivo para el individuo y el grupo familiar ya que permite reducir los síntomas corporales y reestablecer la salud. Si la fiebre persiste, el individuo recurre a la oferta de salud oficial que empieza por el promotor de salud voluntario, el cual realiza el examen de gota gruesa. Si los promotores de salud no cuentan con el material (láminas y lancetas) para hacer este tipo de examen, la persona debe dirigirse al Puesto o Centro de Salud más cercano a su sitio de vivienda. En ambos casos, una vez realizado el diagnóstico se le entrega al paciente o al promotor de salud el tratamiento completo. La articulación entre estar enfermo y morir es un elemento dinamizador para la adherencia al tratamiento.

MAPA CONCEPTUAL ITINERARIOS TERAPÉUTICOS ÁREA RURAL – COMUNIDADES CAMPESINAS



MAPA CONCEPTUAL TRAYECTORIAS DE RIESGO PERIURBANOS





Diagnóstico Socio-Antropológico

Las trayectorias de riesgo están determinadas por la articulación entre percepción de la salud y condiciones de vida. Debido a que la población del sector rural vive la mayor parte bajo condiciones de alta precariedad social, la percepción de riesgo, vulnerabilidad social es a la vez permanente e invisible. La situación de vida, la pobreza hace que la población viva bajo un estado de emergencia permanente, pero que a su vez les exige una permanencia temporal en “el aquí y el ahora” que imposibilita un pensamiento estratégico de prevención. Es así que de acuerdo a su sentir, los estados de exclusión y marginalidad social se han banalizado hasta convertirse en la norma en donde lo anormal-desviado es estar “bien”. Por esta razón, el mantenimiento y ordenamiento de su espacio vital no es prioritario. Charcas e inservibles hacen parte de su estética social y actividades de prevención como la roza de vegetación alrededor de las viviendas es una labor desarraigada de sus condiciones de vida. De igual manera, la protección corporal durante las horas de actividad del vector es un contra sentido y el uso del toldillo es una práctica generalizada no como mecanismo de protección contra el vector, sino como un artefacto posibilitador de bienestar (dormir bien y recuperar energía). A pesar de que la malaria es considerada por la población como un problema prioritario en salud, la gestión social de la enfermedad es relegada a un segundo plano debido a las otras prioridades existenciales que se traslapan en este proceso.

De otra parte, podemos inferir que un elemento condicionante de las trayectorias de riesgo son los servicios de salud oficiales. Las distancias geográficas, culturales y sociales generan un alto nivel de complejidad para acceder a los puestos o centros de salud. De igual manera, estos elementos determinan la calidad y desarrollo de programas en salud pública que buscan controlar y prevenir la malaria.

Diagnóstico Socio-Antropológico
BIBLIOGRAFIA

- Caicedo, Juan Carlos. 2005. *Monitoreo y evaluación red diagnóstica en malaria 2004 – 2005. Informe final 2005*. Documento. Coordinación de Patologías-ETV. Secretaría de Salud Departamental. Gobernación del Amazonas. Leticia.
- Coordinación de PAB. Secretaría de Salud Departamental. Gobernación del Amazonas. 2006. *Plan Operativo Anual 2006 – PAB*. Documento de trabajo. Leticia.
- Coordinación de Patologías-ETV. Secretaría de Salud Departamental. Gobernación del Amazonas. 2005. *Informe de gestión. Proyecto vigilancia y control de las enfermedades transmitidas por vectores de interés en salud pública*. Documento. Leticia.
- Coordinación de Patologías-ETV. Secretaría de Salud Departamental. Gobernación del Amazonas. 2006. *Informe de gestión. Proyecto vigilancia y control de las enfermedades transmitidas por vectores de interés en salud pública*. Documento. Leticia.
- Coordinación de Patologías-ETV. Secretaría de Salud Departamental. Gobernación del Amazonas. 2006. "Situación actual de la malaria en el Amazonas en el período comprendido del 1 de enero al 10 de junio del 2006". Notas para el boletín de prensa. Leticia.
- Dirección Regional de Salud Loreto. 2003. *Análisis de la situación de salud de la Región de Loreto 2002*. Documento de trabajo. Iquitos.
- Dirección Regional de Salud Loreto. 2006. Boletín epidemiológico. Semana epidemiológica 21-2006. Iquitos.
- Gobernación del Amazonas. 2005. *Plan departamental de desarrollo. "Entre todos podemos" Vigencia 2005-2007*. Documento. Leticia.
- Gobierno Regional Loreto. 2003. *Plan Desarrollo Loreto*. En línea: www.mesadeconcertacion.org.pe/documentos/regional/2002_0305.pdf
- Hernández, Natalia. 2005. *Actualización de línea base de información sobre el norte y oeste de la Cuenca Amazónica (Brasil – Colombia – Venezuela). 2005*. Documento de trabajo. Fundación Gaia-Amazonas. Bogotá.
- Instituto Geográfico Agustín Codazzi. 2005. Departamento del Amazonas. División político-administrativa. Mapa. En línea: www.igac.go.co
- Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI. 1994. Resultados del Censo 1993. En línea: www.inei.gob.pe
- Secretaría de Salud Departamental. Gobernación del Amazonas. 2006. *Morbilidad por egreso hospitalario por Corregimiento y Municipio – Año 2004*. Documento de trabajo. Leticia.
- Secretaría de Salud Departamental. Gobernación del Amazonas. 2006. *Morbilidad por consulta externa por Corregimiento y Municipio – Año 2005*. Documento de trabajo. Leticia.

Diagnóstico Socio-Antropológico
CAPÍTULO 6 ZONA HOMOGÉNEA
DEPARTAMENTO DE NARIÑO-PROVINCIA ESMERALDAS



Comunidad Fronteriza Candelilla de la Mar, Colombia

El informe que se presenta a continuación es un diagnóstico antropológico que aborda el contexto socio-cultural de la malaria para la zona homogénea Nariño- Esmeraldas, localizada en la región fronteriza colombo-ecuatoriana sobre la costa pacífica, haciendo parte de Provincia Natural del Chocó Biogeográfico. La investigación estuvo enfocada en la población afrodescendiente asentada en el municipio de Tumaco, para el caso de Colombia y en los cantones Eloy Alfaro y San Lorenzo para el caso de Ecuador.

Tabla No. 1 Instrumentos metodológicos

Región	Entrevistas semi-estructuradas	Grupos Focales	Archivo
Tumaco	N = 45	3 (jóvenes de grupo de danza, promotoras de salud y personal del puesto de salud Buchely)	-Documentos oficiales -Planes de desarrollo -Estadísticas -Documentos de trabajo -Mapas -Material informativo y educativo de E.T.V
	Entrevistados: operarios Oficina de control de vectores, secretario de salud, médicos, microscopistas, enfermeros, auxiliares de enfermería, promotores de salud, curanderas, parteras, farmaceuta, madres comunitarias, estudiantes, amas de casa, concheras, profesoras		
	Grupos Etéreos	13- 80 años	
San Lorenzo	n = 36	2 (jóvenes promotores de salud del colegio fiscomisional 10 de agosto y líderes comunitarios de FEDARPOM)	-Plan de desarrollo cantonal -Documentos oficiales -Estadísticas -Material informativo del SNEM
	Entrevistados: auxiliares de enfermería, enfermeras, laboratoristas, médicos, curandera, docentes, líderes comunitarios, concheras, amas de casa, directora de colegio, agricultor, trabajador independiente		
	Grupos Etéreos	16- 75 años	
Eloy Alfaro	n = 28	2 (Líderes comunitarios de FEDARPROBIN y promotores y auxiliares de enfermería de diferentes comunidades del cantón)	-Plan de desarrollo -Estadísticas -Mapas -Material educativo de la secretaria provincial de salud
	Entrevistados: médicos rurales, enfermeras, médicos, laboratorista, promotores de salud, parteras, curanderas, líderes comunitarios, concheras, amas de casa.		
	Grupos etéreos	25- 60 años	

1 ORGANIZACIÓN SOCIAL ZONA HOMOGENEA NARIÑO-ESMERALDAS

Indicadores Región Nariño (Municipio De Tumaco)

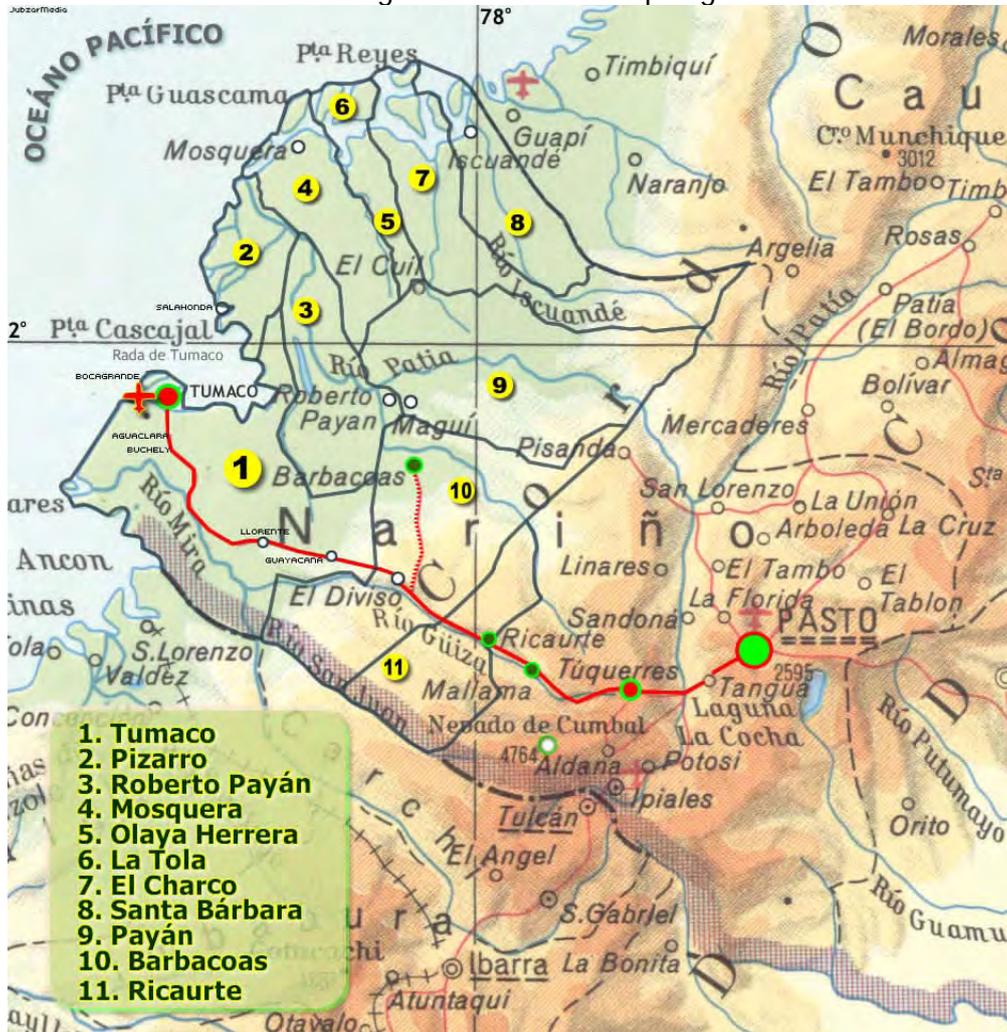
Tipo de región

El Departamento de Nariño se localiza en la parte sur occidental de Colombia y está conformado por 62 Municipios, distribuidos en la región andina y la región del pacífico. Esta abarca 10 municipios que albergan el 17% de la población del departamento. El Municipio de San Andrés de Tumaco hace parte de este grupo de municipios, representando el 12.11% del departamento de Nariño. Limita al sur con el Ecuador por vía marítima y terrestre.

Tabla No. 2 Localidades visitadas

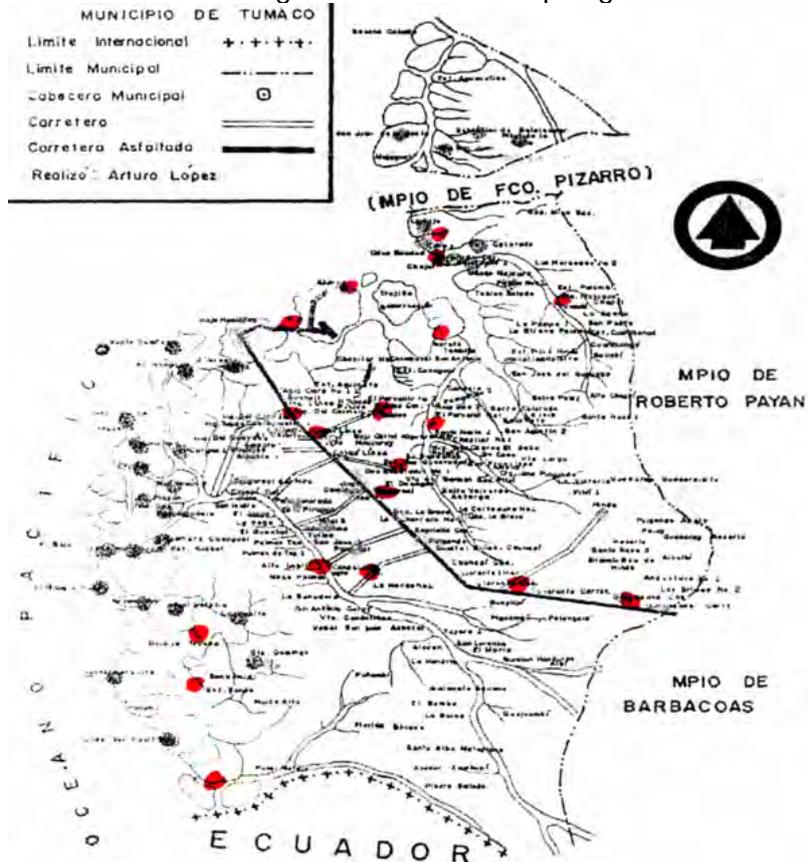
Tipo	Nombre	Características
Urbano	Tumaco	Cabecera municipal, énfasis en los barrios el Morro, Obrero y Ciudadela (Población vulnerable). Señalados en el mapa 2.
Periurbano	Buchely Chilvi	Asentamientos al margen de la carretera con acceso a puestos de salud
Rural	El Descolgadero Milagros Congal	Comunidades aledañas al río Mira. Sólo cuentan con promotores de salud.
Rural	Candelilla de la Mar	Comunidad Fronteriza. Se acude a San Lorenzo para servicios de salud. Hay un promotor de salud.

Diagnóstico Socio-Antropológico



Mapa No 1 Organización política Departamento de Nariño

Diagnóstico Socio-Antropológico



Mapa No 2 Municipio de Tumaco con puestos de salud señalados



Mapa No 3 Tumaco. Cabecera municipal

Tabla No. 3 Generalidades del municipio

Departamento	Nariño
Municipio	Tumaco
Localización	Parte baja de la costa pacífica colombiana
Clima	Tropical-húmedo con alta pluviosidad
Temperatura	22-27 °C
Extensión territorial	3760 km ²
Población	171.857 hab.
Composición étnica	96% población afrodescendiente y mestizos y 4% de población indígena de la etnia Awá
Indicadores NBI	57.54%
División Territorial	365 veredas 46 corregimientos 11 resguardos indígenas

Tabla No. 4 Distribución de la Población por Zonas a Diciembre del 2005

SECTOR	HABITANTES	%
Urbano	86.219	50.88%
Rural	83.235.	49.12%
TOTAL	169.454	100%

Fuente: Secretaría de seguridad social en salud. Tumaco. PAB

Tabla No. 5 Población por Grupos Etáreos 2003- 2007

AÑOS / EDAD	2004	2005	2006	2007
< 1 AÑO	4,317	4,380	4,468	4,559
1 – 4	14,611	14,824	15,123	15,429
5 – 14	39,516	40,092	40,902	41,728
15 – 44	76,539	77,658	79,227	80,827
45 – 59	18,595	18,867	19,248	19,637
> 60	12,452	12,633	12,889	13,148
TOTAL	166,030	169,454	171,857	175,328

Fuente: Secretaría de seguridad social en salud. Tumaco. PAB



Diagnóstico Socio-Antropológico

Servicios de salud

Para Diciembre del 2005, 59.473 personas del municipio de Tumaco estaban afiliadas al régimen subsidiado, lo cual corresponde al 36% de la población de estrato 1 y 2.

Tabla No. 6 Población régimen subsidiado 2005

POBLACION AFILIADA AL REGIMEN SUBSIDIADO	TOTAL	NIVEL 1	NIVEL 2	NO APLICA
URBANA	38.127	37.059	812	256
RURAL	21.346	20.883	163	300
TOTAL	59.473	57.942	975	556

Fuente: Secretaría de seguridad social en salud. Tumaco. PAB

Para el cubrimiento en salud de esta población se han destinado 4 ARS (Administradoras del Régimen Subsidiado): Emsanar de Pasto, Asmet Salud del Cauca, Caja de Compensación, Caja salud del Departamento de Nariño y la Compensación Campesina Caprecom. Estas ARS no cuentan con médicos especialistas en la ciudad de Tumaco, y dependen en primera instancia de la ciudad de Pasto.

La ciudad de Tumaco cuenta con los siguientes prestadores oficiales de servicios de salud:

- ESE Hospital San Andrés: nivel 2.
- ESE Centro Hospital Divino Niño: nivel 1
- 5 puestos de salud activos de 6
- 3 EPS, 1 IPS, Naval, ONG Fundest
- Consultorios particulares, laboratorios y farmacias²⁵
- Oficina de Control de Vectores del Instituto Departamental de Salud de Nariño (ETV)

En la zona rural se encuentra lo siguiente:

- 11 puestos de salud activos de 14 (zona de la carretera)
- 3 puestos de salud activos de 18 (zona de la costa y los ríos)
- Farmacias pequeñas

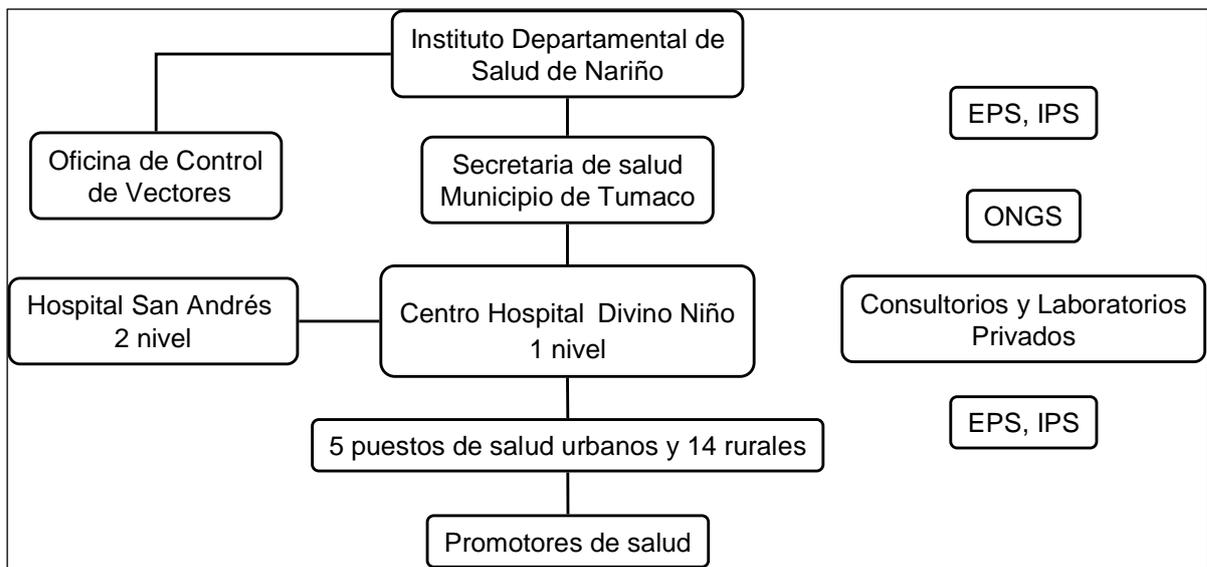
²⁵ En Colombia se conocen también como droguerías y en Ecuador como boticas.



Diagnóstico Socio-Antropológico



Gráfico No. 1 Diagrama de prestadores de servicios de salud



Indicadores de salud

Tabla No .7 Análisis Demográfico del Municipio de Tumaco

POBLACIÓN	171.857 hab. Población 2005
RELACIONES DE DEPENDENCIA	475X1000H
NIÑOS MUJERES	3.1
MASCULINIDAD	50.5%
EDAD MEDIANA	35-39 AÑOS DE EDAD
TASA DE CRECIMIENTO	40X1000H
TASA DE INCREMENTO	30X1000H
NACIDOS	3793
DESPLAZADOS	6.010
DEFUNCIONES	680
EMIGRANTE	500 APROX.
TASA DE NATALIDAD	30 X1000H
TASA DE MORTALIDAD	5 X1000H
TASA DE FERTILIDAD	4 X1000 MEF
EDAD GENERAL DE FERTILIDAD EN AÑOS	13 a-49 AÑOS DE EDAD
EDAD MEDIA DE FECUNDIDAD EN AÑOS	25 a 34 AÑOS DE EDAD
ESPERANZA DE VIDA AL NACER HOMBRES	60-64 AÑOS
ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN MUJERES	55-60 AÑOS
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL	7 X1000 N. V.
TASA DE REPRODUCCION	70X1000 MEF
TASA DE MEDICOS X 1000 H	0.4 MD
TASA DE ENFERMERAS X1000H	0.8 ENF
TASA AUXILIARES DE ENFERMERIA X 1000H	1.5 AUX
TASA ODONTOLOGOS X 1000 H	0,13 OD

Fuente: Secretaría de seguridad social en salud. Tumaco. PAB

Tabla No. 8. Diez Primeras Causas De Morbilidad Por Causa Externa 2005

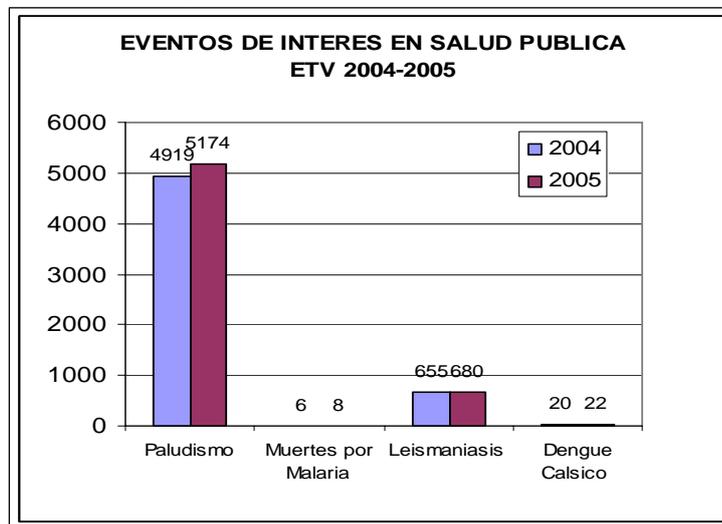
CAUSAS	<1		1.4		5-14		15-44		45-59		60+		TOT AL
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Infección respiratoria aguda	362	365	4540	4628	4325	4215	1873	1594	610	450	180	162	23.304
Parasitismo intestinal	518	531	4690	4528	3610	3940	215	179	68	69	40	51	18439
Artralgia mialgia dorsalgia	0	0	0	0	105	120	4879	3562	3442	3214	510	428	16260
Infección de transmisión sexual	0	0	0	0	68	161	4571	6970	353	975	50	40	13226
Enfermedad diarreica aguda	687	584	603	596	447	430	511	693	710	825	85	75	6346
Infecciones vías urinarias	0	0	243	254	158	120	537	2644	102	168	43	69	4338
Malaria	0	0	68	72	363	297	1050	773	66	68	129	137	3023
Hipertensión esencial	0	0	0	0	0	0	38	45	452	489	251	264	1539
Dermatitis-dermatomycosis	61	69	95	102	125	97	164	193	79	85	55	41	1166
Enfermedad acido péptica	0	0	0	0	18	12	209	159	271	268	97	103	1137

Fuente: Oficina de epidemiología. Secretaria de salud.

Indicadores de Malaria

La malaria es endémica en el municipio, para el año 2005 se reportaron 5017 casos, en donde la mayoría son por *Plasmodium Falciparum*. En este mismo año se reportaron 8 muertes por malaria. Así, la malaria se constituye como la séptima causa de morbilidad por causa externa para el año 2005.²⁶

Gráfico No. 2. Casos Reportados 2004-2005



Fuente: Secretaría de seguridad social en salud. Tumaco. PAB

Programas en Promoción de la salud y prevención de la enfermedad

- Campañas de vacunación
- Capacitaciones para promotores en salud
- Talleres educativos (ETV)
- Información (radio, volantes, charlas)
- Programa para los colegios bajo la coordinación del ISDN (con material de apoyo como videos, canciones, historietas, etc.)
- Campañas de fumigación y rociado (Oficina de Control de Vectores)
- Programas de nutrición (seguridad alimentaria, red madres comunitarias)
- Proyecto "El mundo de la Malaria: aprendamos a manejarlo en comunidad". 1994-98. (FES, INSALPA, OMS, el Ministerio de Salud y Manos Unidas)

²⁶ La información epidemiológica de la oficina de Control de Vectores del ISDN (ETV) no está disponible. Sólo se presentan las estadísticas de la Secretaria de Salud del municipio.

Economías locales

Tabla No. 9 Sectores de la economía

Sector	Actividad	Productos/ Servicios
Primario	Agricultura Pesca y acuicultura	Cacao Plátano Coco Concha Mariscos Pescado
Secundario	Agroindustria	Palma Africana Maderas Camaricultura
Terciario	Comercio (urbano) Turismo	Bienes de consumo Manufacturas

Tabla No 10 Sector rural

Actividad	Porcentaje
Agricultura	80%
Industria Palma africana	20%

- Presencia de cultivos ilícitos, narcotráfico y comercio ilegal. En el 2004 se reportó que el área de cultivos de coca es de 4086 hectáreas para el municipio de Tumaco (Proyecto SIMSCI, Naciones Unidas, 2004).

Servicios públicos

- Cobertura acueducto 34.6%
- No hay alcantarillado (tramos cortos sin tratamiento en el área urbana)
- Energía eléctrica
- Servicio de teléfono
- Cobertura en telefonía celular
- Manejo de desechos sólidos 9.8 %
- Disposición de excretas 41.31%

Fuente: Secretaría de seguridad social en salud. Tumaco. PAB

Diagnóstico Socio-Antropológico

Saneamiento ambiental

La ciudad cuenta con un sistema de pozos sépticos (con un tratamiento primario) y pozos de absorción. El sistema de agua potable es controlado desde Pasto y se presentan interrupciones del servicio con frecuencia. No hay un tratamiento adecuado de los desechos sólidos (relleno sanitario en el área peri-urbana). Los residuos hospitalarios los maneja una empresa privada contratada en Pasto.

En el casco urbano se presenta un problema crítico de ratas en las viviendas. Según datos de la secretaria de salud, el 84, 4% de las viviendas de Tumaco son no higiénicas, es decir, no cuentan con inodoro o letrina.

Sistemas de transporte

En el casco urbano, el transporte público se compone de buses, taxis y particulares que ofrecen su servicio al público. Hay comunicación fluvial (botes, lanchas) para las comunidades de costa o ribereñas y terrestre (microbuses, camionetas) entre veredas, mientras más alejadas de la carretera se dificulta más el acceso. El municipio de Tumaco se comunica con el interior del Departamento de Nariño, a través de una vía pavimentada. El municipio se conecta con el Ecuador por vía fluvial, marítima y terrestre.

Sistema educativo



Foto No 2 Escuela de la comuna 5, Ciudad de Tumaco 1

Diagnóstico Socio-Antropológico

- El municipio tiene una cobertura en educación básica primaria del 60% para la zona urbana y del 45% en la zona rural.
- Índice de analfabetismo para el departamento de Nariño: 11.6 % (fuente: Ministerio de Educación Nacional).

Tabla No. 11 Matricula y Coberturas por Nivel 2002/2003- 2005/2006

NIVEL	COLOMBIA				NARIÑO				PASTO				TUMACO				RESTO DEPARTAMENTO			
	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005
Transición (5 a 6 años)	71%	82%	82%	89%	53%	70%	65%	74%	77%	91%	89%	88%	35%	43%	22%	58%	46%	61%	61%	63%
Primaria (7 a 11 años)	112%	113%	111%	112%	119%	113%	110%	109%	110%	102%	103%	150%	141%	146%	159%	105%	118%	112%	104%	
Secundaria (12 a 15 años)	79%	81%	83%	86%	58%	59%	58%	63%	89%	89%	89%	94%	60%	73%	62%	72%	43%	46%	47%	51%
Media (16 a 17 años)	55%	59%	60%	65%	41%	43%	46%	48%	67%	68%	75%	77%	41%	82%	48%	51%	32%	34%	35%	37%
Total	82%	84%	85%	88%	70%	77%	75%	76%	85%	87%	87%	87%	90%	97%	89%	104%	63%	70%	69%	68%

Nota: 1) 2002 certificada. 2003 R-166 y Certificada. 2004 y 2005 con base en R-166 (SINEB).

2) La cobertura en transición se calcula utilizando el promedio de la población entre 5 y 6 años.

A destacar de los cambios en cobertura 2002/2003-2005/2006:

- **Nariño:** Transición +18%, Secundaria +8%, Media +7%, Primaria -1%.
- **Pasto:** Transición +11%, Media +10%, Secundaria +5%, Primaria -6%.
- **Tumaco:** Transición +23%, Media +10%, Primaria +9%, Secundaria +5%. Presenta serios problemas de inconsistencia su información.
- **Resto del Departamento:** Transición +17%, Secundaria +8%, Media +5%, Primaria -1%.

Fuente: Ministerio Nacional de educación

Tabla No.12 Pruebas de Calidad de la Educación Básica

Posición relativa entre los entes territoriales certificados del País en las pruebas de Calidad de la Educación Básica (2002-2003) y Media 2004

	Lenguaje			Matemáticas			Ciencias Naturales			Ciudadanas			9 Areas
	5º	9º	11º	5º	9º	11º	5º	9º	11º	5º	9º	11º	
(1) NARIÑO TOTAL	11	4	21	8	11	2	3	9	1	8	9	6	
(2) Pasto	13	6	19	6	12	3	4	B.C.P.	2	12	B.C.P.	7	
(2) Tumaco	P.N.R.	P.N.R.	46	P.N.R.	P.N.R.	35	40	39	40	40	40	43	
(1) Resto Dpto	17	10	21	9	18	2	2	3	1	1	3	7	

(1) Posición relativa entre 32 departamentos. En ciencias naturales y competencias ciudadanas entre 28 en 5º y 29 en 9º con cobertura de la prueba superior al 33%.

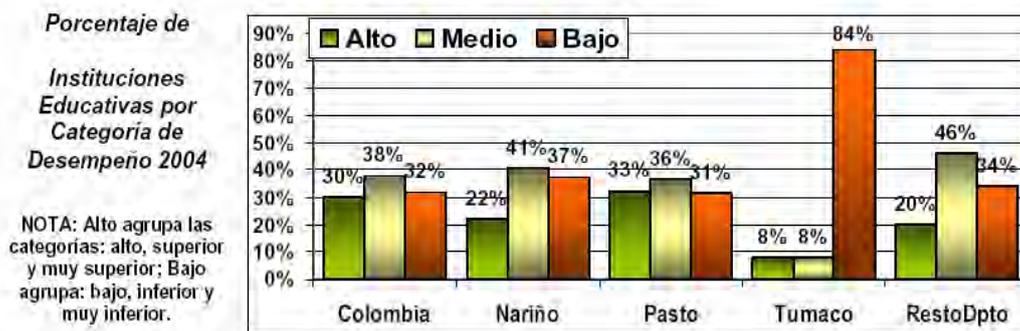
(2) Posición relativa entre 46 distritos y municipios certificados. En ciencias naturales y competencias ciudadanas entre 40 con cobertura de la prueba superior al 33%.

PNR = Prueba no realizada. BCP = Baja cobertura de la Prueba, menor al 33%.

Fuente: Ministerio Nacional de educación

Gráfico No 3. Resultados pruebas de Ingreso a la Educación Superior

2.3. Prueba de Ingreso a la Educación Superior ICES



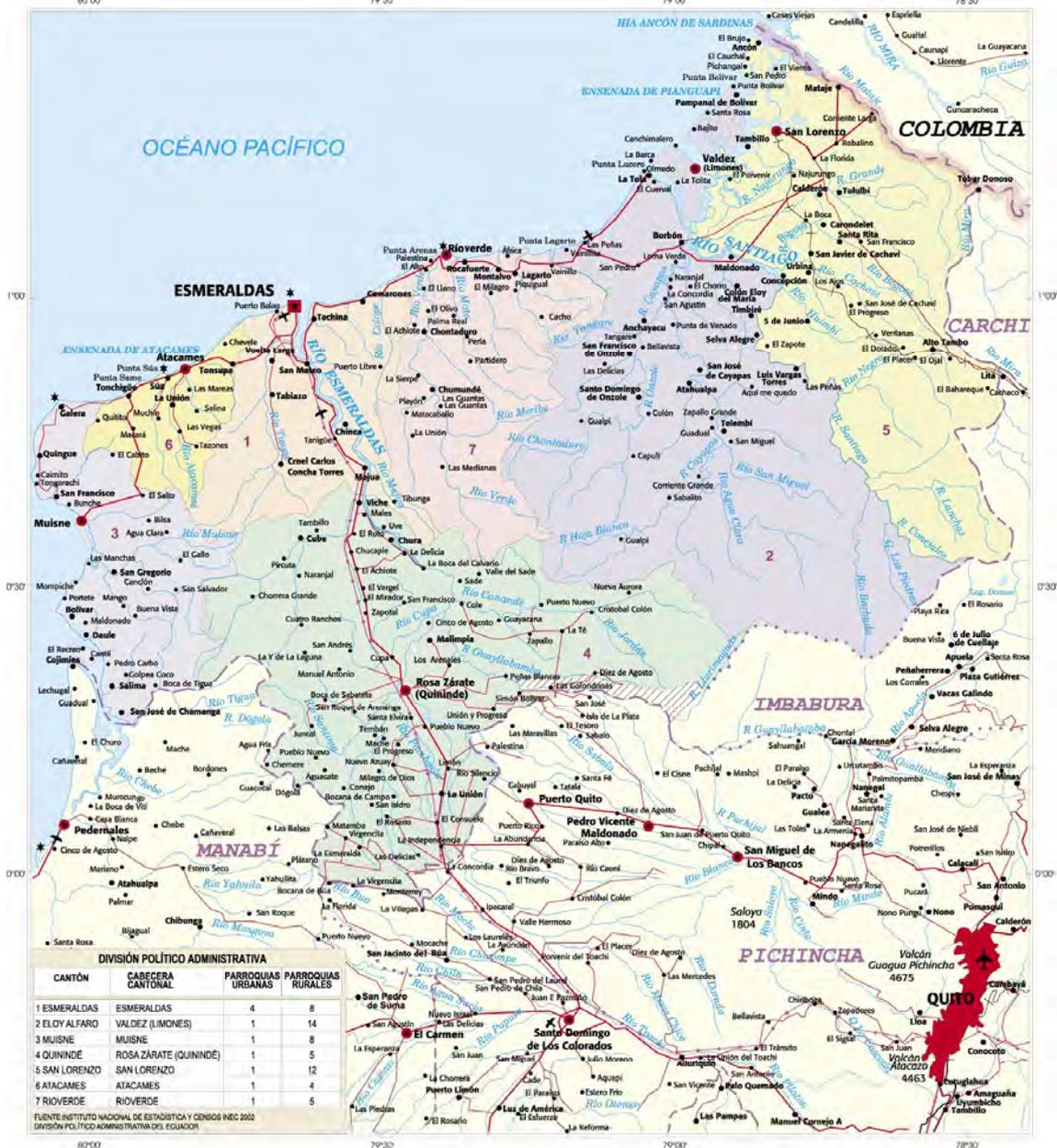
Fuente: Ministerio Nacional de educación

Indicadores Región Esmeraldas (Cantones San Lorenzo y Eloy Alfaro)

Tipo de Región

La provincia de Esmeraldas con una extensión aproximada de 15.500 km y 385.323 habitantes, según estadísticas del INEC, constituyen la denominada "frontera norte de la costa del Pacífico". La zona nor-oriental de Esmeraldas está junto al departamento de Nariño de Colombia. Mientras que hacia el interior de Ecuador limita por el sur con las provincias de Pichincha, Imbabura y Manabí y por el oriente con Imbabura y Carchi

Diagnóstico Socio-Antropológico



Mapa No. 4 Mapa Provincia de Esmeraldas

Tabla No. 13 Localidades visitadas

Tipo	Nombre	Características
Urbano	San Lorenzo Limonos	Cabeceras cantorales
Urbano	Borbón	Parroquia del cantón Eloy Alfaro. Cuenta con hospital civil.
Periurbano	La Tola	Cuenta con un subcentro de salud
Rural Cantón San Lorenzo	Palmareal Mataje	Comunidades fronterizas. Sus puestos de salud reciben colombianos y son receptoras de población desplazada
Rural Cantón Eloy Alfaro	Santa Rosa	Comunidad de difícil acceso por estar en reserva de manglar

Tabla No. 14 Generalidades de los cantones San Lorenzo y Eloy Alfaro

Provincia	Esmeraldas	
Clima	Tropical-húmedo con vegetación selva-pluvial	
Temperatura	22-27 °C	
Extensión territorial	8177 km ²	
División política	7 cantones 64 parroquias	
Cantón	San Lorenzo	Eloy Alfaro
Población	28.180 hab.	33.403 hab.
Composición étnica	72,2%	97,1%
Población afrodescendiente		
Población indígena (Awá, Epera y Chachi)	9,5%	2.1%
Mestizos	9,3%	1%
Cabecera cantonal	San Lorenzo	Valdez (Limonos)

Fuentes: Censo. PRODEPINE-SIISE



Diagnóstico Socio-Antropológico



Población

Los afroesmeraldeños representan el 25.4% de todos los afros a escala nacional. Cerca de 44.003 de ellos viven en la ciudad de Esmeraldas, quienes representan el 28.6% de toda la provincia y el 7.2% del total afroecuatoriano. En cuanto a las condiciones de género se tiene que en toda la provincia la población afrodescendiente masculina alcanza el 50.3% (que representan el 24.8 en todos los afros de la nación), mientras el que el 49.6% corresponde a las mujeres (26.1% de todos los afros). (V Censo de Población y VI de vivienda, 2001).

Tabla No. 15 Población de Eloy Alfaro y San Lorenzo

POBLACION	FUENTE	AÑO	Eloy Alfaro	San Lorenzo
Hogares	Censo	2001	7109	5819
Habitantes	Censo	2001	33403	28180

La provincia ocupa uno de los 3 lugares más altos con Índice de Pobreza Humana en todo el Ecuador (IPH de 24.3 frente al 15.7 nacional –posición 13 de 15). Así mismo Esmeraldas posee uno de los índices más bajos de Desarrollo Humano (0655 respecto a la nación de 0693).

Diagnóstico Socio-Antropológico

Tabla No. 16 Indicadores en desigualdad y pobreza

Desigualdad y pobreza	Fuente	Año	Eloy Alfaro	San Lorenzo
Pobreza por NBI	Censo	2001	97,6%	82,7%
Pobreza extrema por NBI	Censo	2001	61,7%	47,3%
Personas que habitan viviendas con características físicas inadecuadas	Censo	2001	26,6%	15,9%
Personas que habitan viviendas con servicios inadecuados	Censo	2001	96,6%	74,2%
Personas que habitan viviendas con alta dependencia económica	Censo	2001	15,3%	10,2%
Personas en hogares con niños que no asisten a la escuela	Censo	2001	21,7%	20,3%
Personas en hogares con hacinamiento crítico	Censo	2001	42,6%	35,7%
Incidencia de la pobreza de consumo	ODEPLAN - SIISE	1990 (1995)	83,9%	81,1%
Incidencia de la extrema pobreza de consumo	ODEPLAN - SIISE	1990 (1995)	33,6%	29,5%
Brecha de la pobreza de consumo	ODEPLAN - SIISE	1990 (1995)	35,9%	33,1%
Brecha de la extrema pobreza de consumo	ODEPLAN - SIISE	1990 (1995)	10,1%	7,9%
Población pobre por consumo (proyección al 2000)	ODEPLAN - SIISE	1990 (1995)	27799	23870

2. Servicios de salud

La autoridad sanitaria nacional en el Ecuador es el Ministerio de Salud Pública, a nivel provincial está representado por las Direcciones Provinciales de Salud respectivas. Estas a su vez se disgregan en jefaturas de áreas, en donde se ubican hospitales de primero, segundo y tercer nivel, hospitales de especialidades, centros, subcentros y puestos de salud según la distribución territorial y demográfica.



Diagnóstico Socio-Antropológico

Prestadores oficiales de servicios de salud para la zona urbana

- Hospital Fiscomisional de San Lorenzo
- Clínica Voz andes
- Patronato municipal
- Seguro Social
- Cruz Roja Ecuatoriana
- Hospital de Especialidades y Dispensario de Atención Ambulatoria
- Hospital Oftalmológico
- Dispensario médico del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
- IESS
- Dispensario de la Empresa Nacional de Ferrocarriles
- Hospital Civil de Borbón: nivel 2
- Vicariato Apostólico de Esmeraldas
- Hospital Civil de Limones
- Consultorios y laboratorios particulares
- Farmacias
- Servicio Nacional de Control de Enfermedades transmitidas por vectores artrópodos²⁷

Prestadores de servicios de salud en la zona rural

- 16 subcentros de salud (cuentan con 1 médico rural y 1 odontólogo)
- 9 puestos de salud
- Pequeñas farmacias
- Seguro campesino

²⁷ Antes llamado Servicio Nacional para la Erradicación de la Malaria. Conocido por la población como la oficina de Malaria. Conserva la sigla SNEM.

Gráfico No. 4 Diagrama de prestadores de servicios de salud

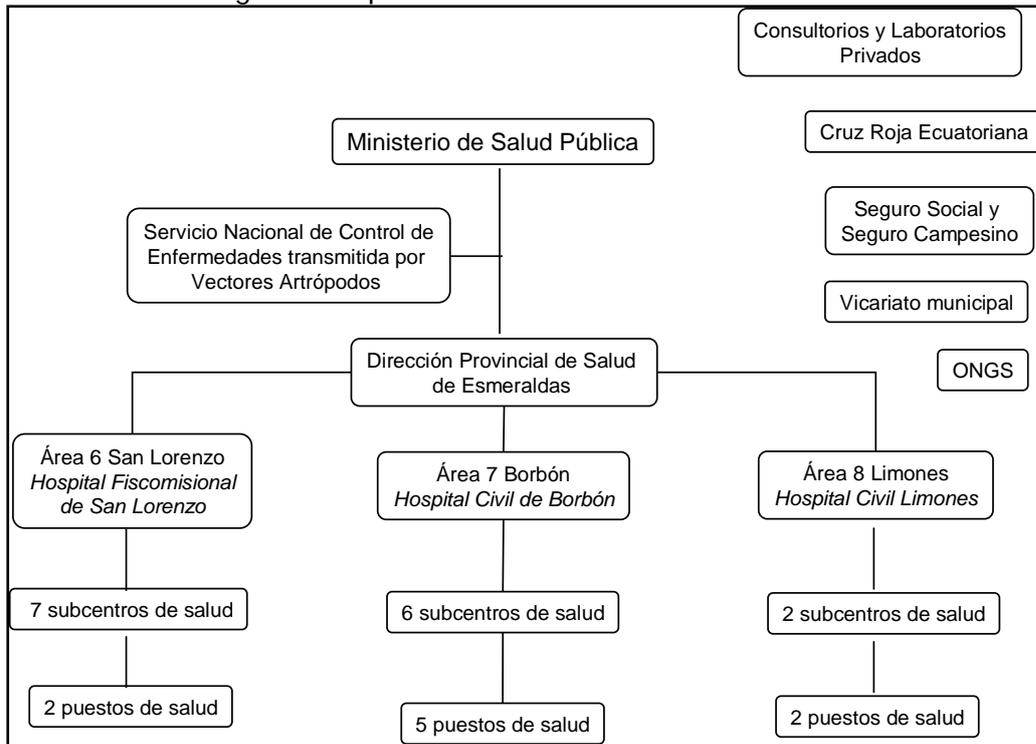


Tabla No 17 Niñez y Nutrición

Indicadores	Fuente	Año	Eloy Alfaro	San Lorenzo
ORI: centros de cuidado	MBS - ORI	Ago 2001	21	2
ORI: personal comunitario	MBS - ORI	Ago 2001	150	9
ORI: niños/as atendidos	MBS - ORI	Ago 2001	1090	60
ORI: Centros de recreación y aprendizaje – centros	MBS - ORI	Ago 2001	0	0
ORI: Centros de recreación y aprendizaje – personal	MBS - ORI	Ago 2001	0	0
ORI: Centros de recreación y aprendizaje - niños/as atendidos	MBS - ORI	Ago 2001	0	0
ORI: Programa de comedores infantiles – centros	MBS - ORI	Ago 2001	9	3
ORI: Programa de comedores infantiles – personal	MBS - ORI	Ago 2001	30	9
ORI: Programa de comedores infantiles - niños/as atendidos	MBS - ORI	Ago 2001	263	75
INNFA: centros de cuidado	INNFA	Dic 2001	1	29
INNFA: madres comunitarias	INNFA	Dic 2001	8	170
INNFA: niños/as atendidos	INNFA	Dic 2001	57	1331
Colación escolar: planteles	MEC - PAE	Ago 2001	117	64
Colación escolar: niños/as	MEC - PAE	Ago 2001	10618	6797
Almuerzo escolar: planteles	MEC - PAE	Ago 2001	124	68
Almuerzo escolar: niños/as	MEC - PAE	Ago 2001	10820	7120
Programa de Alimentación Escolar: planteles	MEC - PAE	Ago 2001	129	68
Programa de Alimentación Escolar: niños/as	MEC - PAE	Ago 2001	11339	7120

Tabla No. 18 Indicadores de Salud del Cantón San Lorenzo

INDICADOR	SAN LORENZO	PROVINCIA	PAÍS
Tasa de mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos)	87.6	70.6	53.2
Desnutrición crónica de menores de cinco años (%)	44.3	41.2	45.1
Desnutrición global de menores de 5 años (%)	35.3	33.4	33.9

Fuente: Plan de Desarrollo Cantonal del Municipio de San Lorenzo 2002-20012

Tabla No. 19 Principales causas de mortalidad del cantón San Lorenzo (2000)

CAUSAS DE MORTALIDAD	Porcentaje	Muerte
Agresiones	10.3	13
Afecciones originadas en el período perinatal	4.8	6
Tuberculosis respiratoria	3.2	4
Enfermedades cerebro-vasculares	3.2	4
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	2.4	3
Tumor maligno de estómago	2.4	3
Desnutrición	2.4	3
Accidentes de transporte	2.4	3
Otras tuberculosis	1.6	3
Septicemia	1.6	3
Síntomas, signos y hallazgos anormales, clínicos y de laboratorio	33.3	42
Resto de muertes (total de causas excepto diez principales)	33.8	41
Total de Muertes		126

Fuente: SIISE, 3.5 Estadísticas Vitales. INEC.

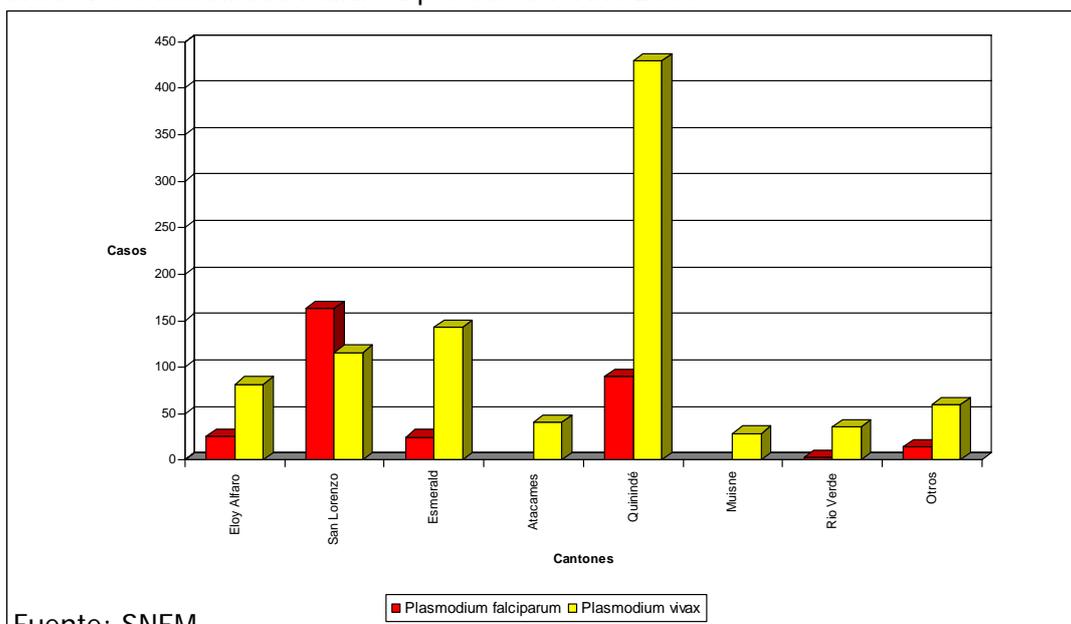
Tabla No. 20 Principales causas de mortalidad del cantón Eloy Alfaro (2000)

CAUSAS DE MORTALIDAD	Porcentaje	Muerte
Agresiones	10.3	8
Enfermedades cerebro-vasculares	3.8	3
Accidentes de transporte	3.8	3
Enfermedades cerebro-vasculares	3.8	3
Ahogamiento y sumersión accidentales	2.6	3
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	2.6	3
Enfermedades hipertensivas	1.3	1
Paludismo (malaria)	1.3	1
Tumor maligno de estómago	1.3	1
Tumor maligno de la mama	1.3	1
Diabetes mellitas	513	40
Sintomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio		
Resto de muertes (total de causas excepto diez principales)	16.7	13
Total de Muertes		78

Fuente: SIISE, 3.5, Estadísticas Vitales. INEC, Año 2000.

Indicadores de Malaria

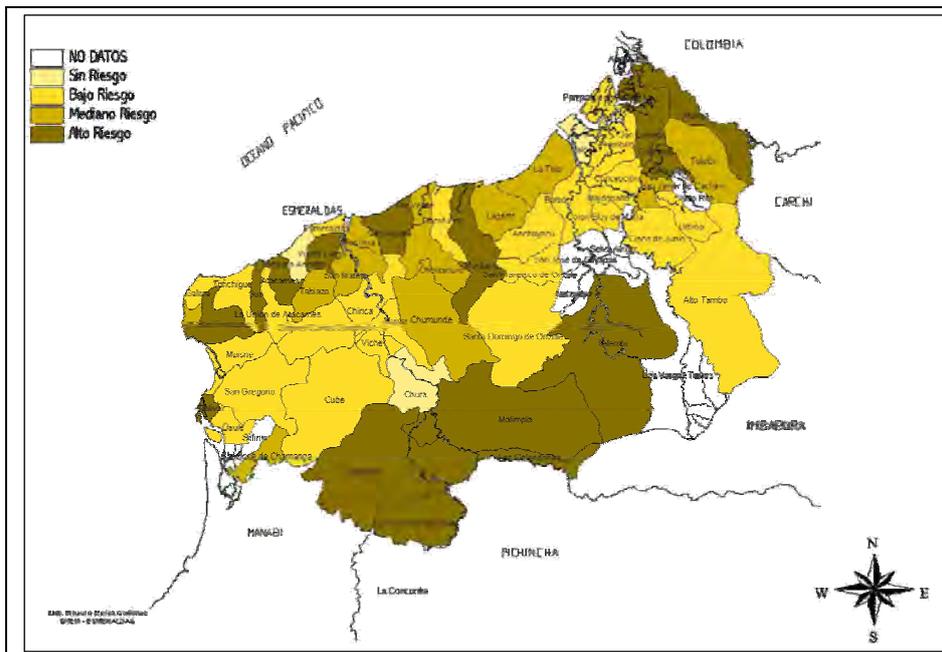
Gráfico No. 5 Morbilidad malárica por cantón. Año 2006



Fuente: SNEM

Diagnóstico Socio-Antropológico

- Cantón San Lorenzo: Reporta aproximadamente 150 casos por *Plasmodium falciparum*, y aproximadamente 100 casos por *Plasmodium vivax*.
- Cantón Eloy Alfaro: Reporta aproximadamente 25 casos por *Plasmodium falciparum*, y aproximadamente 75 casos por *P. vivax*.



Fuente: SNEM

Mapa No 5 Estratificación de riesgo por IPA para la provincia de Esmeraldas 2006

Economías Locales (Cantones Eloy Alfaro y San Lorenzo)

Tabla No. 21 Sectores de la economía

Sector	Actividad	Productos/ Servicios
Primario	Pesca artesanal (20% PEA)	Concha Almeja, chorgón, sangara, piacuil Cangrejo Pescado
	Agricultura Ganado	Frutales Cultivos de ciclo corto Maderas
Secundario	Agroindustria	Palma Africana Maderas Camaricultura
Terciario	Comercio (Borbón) Turismo Trabajo informal	Bienes de consumo Alimentos Manufacturas

Fuentes: Plan Estratégico de Desarrollo Cantonal de San Lorenzo 2002-2012, Junta Parroquial de Borbón, junio 2006.

Saneamiento ambiental

- 20% de San Lorenzo no cuenta con servicio de recolección de basura
- Alcantarillado tiene una cobertura del 30% en San Lorenzo, (red de eliminación de excretas y evacuación de aguas lluvias)
- Sistema de Agua Potable: 13 parroquias de San Lorenzo y Eloy Alfaro reportan agua potable
- En Borbón se estima que el agua del río de la localidad es tóxica, no es aconsejable ni para personas ni para animales
- Se estima que en la provincia de Esmeraldas hay una cobertura de los servicios de saneamiento del 38% (urbana 65%, rural 13%)

Fuentes: Plan de Desarrollo cantonal de San Lorenzo, AEISA, AIDIS

Servicios de transporte

- Existe una sola Cooperativa de Transporte ínter parroquial, que presta servicio hacia la zona nororiental del cantón
- Dos cooperativas dan servicio intercantonal
- Transporte fluvial y marítimo hacia Limones, Palma Real y Tumaco

(Distancia desde/a Borbón)



Fuente: Universidad San Francisco de Quito
Mapa 5. Vías de comunicación cantón Eloy Alfaro

Sistema educativo

Tabla No.22 Número de escuelas

Cantón	Localidad	Número de instituciones
San Lorenzo		74 escuelas (10 inactivas)
	San Lorenzo	54 escuelas (2 fiscomisionales) 7 colegios (2 fiscomisionales) 10 centros superiores con extensión universitaria
Eloy Alfaro	Limonas	6 escuelas Extensión universitaria Luis Vargas Torres

Tabla No. 23 Tasas de analfabetismo de la población de 10 años y más en la Provincia de Esmeraldas

AREA	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
URBANA	6,6	6,9	11,0
RURAL	13,8	14,5	10,9
TOTAL	10,6	14,1	11,1

Fuente: INEC. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo 2001.

2. DINAMICAS SOCIALES ZONA HOMOGenea NARIÑO-ESMERALDAS

Cultura política y economía

La zona Nariño (Tumaco)-Esmeraldas se caracteriza por registrar altos índices de niveles de pobreza y desigualdad, al ser regiones marginadas política y económicamente. Además, su población afrodescendiente ha estado excluida de la sociedad civil mayoritaria.

La zona mantiene una economía de subsistencia basada en la agricultura y la pesca, sin embargo, de igual forma actores externos (empresas privadas, multinacionales, organismos internacionales) han introducido una economía extractiva, cuya producción está orientada a mercados externos. Actualmente la mayoría de plantaciones en la zona son de palma africana. Este tipo de desarrollo económico no ha beneficiado a la población local, la que continua en situación de pobreza, y ha contribuido a la constante migración de los habitantes, de lo rural a lo urbano, viceversa y de ciudad a ciudad. Esto hace que la economía de la zona tenga una dinámica débil y poco diversificada, evidenciándose la falta de articulación y capacidad para generar una sinergia de las actividades económicas, dando como resultado una pérdida potencial de creación de empleo.



Pesca artesanal en Candelilla de la Mar (Municipio de Tumaco)



Diagnóstico Socio-Antropológico

Particularmente, en el municipio de Tumaco se han insertado nuevas lógicas económicas y sociales a partir de la llegada del narcotráfico proveniente de la región del Putumayo en la década del noventa. Se observa que esto, ha acelerado un cambio en los modos de producción de la región, en donde la pesca y los cultivos tradicionales no sólo se ven reemplazados por la plantación de cultivos ilícitos y las actividades relacionadas a estos, sino que a su vez trae para la nuevas generaciones una nueva opción de vida que respalda la necesidad de dar prioridad al trabajo que a continuar estudios superiores, ya que se busca una rápida acumulación que garantice unos bienes básicos de vivienda y prestigio. Como dice un joven de la zona, “la educación no se ve como un medio rápido para salir de la pobreza” (entrevista comunidad 40 Tumaco, 2006). De igual modo, al ser una zona afectada por el conflicto armado, se encuentran dinámicas de desplazamiento forzado que se junta al resto de migraciones, provocando la presencia de grupos de desplazados en cascos urbanos. Sin embargo, tratándose de una zona de frontera viva, estas actividades no solamente influyen en el territorio colombiano. El comercio de bienes y servicios y la red de transporte en San Lorenzo están íntimamente relacionados con las dinámicas de las necesidades colombianas, a pesar de que la dolarización en el Ecuador haya cambiado los esquemas de intercambio. Se estima que el 80% del comercio de San Lorenzo está destinado a las actividades ilícitas de Colombia y el 20% es para el consumo de la población local. Además la provincia de Esmeraldas se ha convertido en un receptor de la población desplazada colombiana.

Diagnóstico Socio-Antropológico

Mapa 6. Conflicto armado en zona de frontera colombo- ecuatoriana



Fuente: www.disaster-info.net/desplazados/geografia.cfm

Mapa No 6 Conflicto armado en la zona de frontera colombo-ecuatoriana

Estas dinámicas económicas llevan a que no se acoja una racionalidad del ahorro y la acumulación, sino a que se siga un esquema de economía de subsistencia que depende de la oferta ambiental, lo que repercute en las acciones que se eligen frente a la salud y a que esta no ocupe un lugar prioritario.



Diagnóstico Socio-Antropológico

En el ámbito político se encuentra que las comunidades afrodescendientes no han sido reconocidas históricamente como actores políticos por parte del Estado. Sin embargo, en décadas recientes se han venido gestando en América Latina escenarios propicios para el fortalecimiento de organizaciones y movimientos sociales afrodescendientes, hecho que se ha traducido en la realidad de esta región. En Colombia, el proceso empieza a partir de la década del 70, y con mayor énfasis a partir de la Constitución Política de 1991, en la que se reconocen derechos particulares a las comunidades negras y empiezan a conformarse liderazgos políticos locales, que vienen acompañados por movimientos sociales y acciones colectivas que se han venido multiplicando en los últimos treinta años. Sin embargo, actualmente estas mismas iniciativas se han visto fuertemente golpeadas por las dinámicas propias del conflicto armado colombiano. En contraste en Ecuador se encuentra un proceso más reciente, legitimado por la Constitución de 1998 que declara al país como una nación multiétnica y pluricultural y con la cual se han gestionado importantes demandas de políticas culturales de inclusión, que se ven reflejadas en el carácter comunitario de sus organizaciones de base (ver organización comunitaria).



Diagnóstico Socio-Antropológico

A pesar de las iniciativas de organización política y administrativa adelantadas por las comunidades afrodescendientes de ambos países, se observa que la cultura política de la zona está atravesada por la descentralización, los procesos políticos de corto plazo sin continuidad, la inestabilidad político-financiera, la corrupción y un esquema clientelar basado en la búsqueda de votos y aliados. Estas dinámicas se reflejan en el caso del municipio de Tumaco actualmente regido bajo la ley 550, que designa que todos los recursos que lleguen deben ser destinados al pago de la deuda y no permite inversión en proyectos sociales o de salud. Lo que además no permite la construcción de estrategias de desarrollo sostenible a mediano y largo plazo. Así mismo, esta realidad conlleva a que las acciones sociales por parte del gobierno pierdan credibilidad y que aquellas que buscan organizar y construir sociedad se debiliten, quedando continuamente a la espera de respuestas, soluciones y beneficios por parte del gobierno central del país.

Participación social y género

Frente a la organización y participación comunitaria se recalcan varios aspectos relacionados con la cultura política que caracteriza a la zona. Desde el sector oficial se establece que la población tiene una baja capacidad de gestión y se presenta una discontinuidad en los procesos participativos.

Por su parte, la participación ciudadana en el campo político está influenciada por intereses propios que ven la oportunidad de beneficios individuales a costa de un discurso de participación comunitaria. Éste es un comodín político que es usado dependiendo del momento y la función social que se busca implementar. En general, existe una desarticulación de las acciones institucionales y comunitarias que favorece el distanciamiento entre la administración municipal y las organizaciones existentes. Sin embargo, desde ambos lados se argumenta que falta capacitación en mecanismos de participación comunitaria, ciudadana, y liderazgo y falta planeación en los programas de fortalecimiento comunitario en la zona.



Diagnóstico Socio-Antropológico

Dentro de las dinámicas de participación, se rescata la forma en que atraviesa la variable de género en los procesos de convocatoria para asuntos relacionados con la salud y la educación. Por lo general, se observa que de una parte, las intervenciones en salud se centran exclusivamente en las madres o en figuras que adoptan roles similares: madres comunitarias, profesoras, promotoras de salud, entre otras. La idea que sustenta estas prácticas se basa en la percepción de lo femenino y del rol de la mujer en sociedad. Lo que refuerza el estereotipo de la mujer cuidadora y única responsable del cuidado; es decir, que son ellas las únicas responsables de transmitir e implementar las estrategias básicas para el cuidado de la salud de los hijos (Hartigan, 2000). Del mismo modo se fortalece la idea del trabajo femenino como un trabajo de fácil realización en oposición al trabajo rural que exige labores fuertes, aunque en la zona encontramos mujeres vinculadas a las actividades de recolección de concha y agricultura. Por esta razón, la percepción del quehacer de la mujer hace que las mujeres sean los actores sociales que se consideran que tienen la disponibilidad de tiempo para participar en las actividades denominadas sociales, convirtiéndose, de esta manera, en interlocutores privilegiados de la región y en los mediadores claves para acceder a otros miembros de la familia. De este lado, se observa que en la cotidianidad son las mujeres, en el municipio de Tumaco, las que están dispuestas a participar activamente, a liderar procesos y a organizar las actividades requeridas y por tanto siguen siendo llamadas para ejercer estos compromisos. Sin embargo, fue posible observar, que los hombres poco a poco han venido asumiendo una postura diferente frente a sus procesos comunitarios. En los cantones de San Lorenzo y Eloy Alfaro, se están involucrando de manera directa en trabajos con la comunidad en salud y educación y en el municipio de Tumaco se encuentran iniciativas importantes.



Diagnóstico Socio-Antropológico

Es importante resaltar que a pesar del importante rol de la mujer en el trabajo comunitario, no se reconoce cultural y socialmente a la mujer como un actor que toma decisiones y más aún decisiones que afectan a la comunidad directamente, por lo tanto estas deben ser consultadas a los hombres en el espacio privado.

Organización comunitaria

Como se menciona anteriormente se han logrado avances significativos en la organización de las comunidades afrocolombianas y afroecuatorianas, cada una de ellas adaptada a las dinámicas internas de sus países y los procesos de negociación. Ambas buscan organización y manejo de los territorios ancestrales mediante el uso sostenible de sus recursos naturales y una reivindicación cultural; para así fortalecer el ejercicio de participación de sus comunidades y asegurar gobernabilidad a nivel local y regional frente a las instancias nacionales e internacionales.

En Colombia con la promulgación de la Ley 70 de 1993, conocida como la "ley de las comunidades negras", se abre un nuevo espacio político que trae nuevos mecanismos de participación ciudadana. Esta ley se dirige hacia el reconocimiento específico de los derechos de las comunidades negras y uno de sus objetivos más importantes es la titulación de tierras colectivas a partir de la conformación de Consejos Comunitarios (Rivas, 2000).

En el municipio de Tumaco se han conformado 16 Consejos Comunitarios, quienes a su vez están organizados a través de la Red de Consejos Comunitarios del Pacífico Sur (RECOMPAS). Esta red está liderando varios proyectos en la región y busca que los consejos comunitarios, considerados organizaciones de base, sean quienes ejecuten y multipliquen los proyectos en la región. A parte de estas organizaciones macro, se han establecido en la zona rural y urbana 278 juntas de acción comunal reportadas, de las cuales se estima que un 80% se encuentra inactivo (POD (1998-2001) Tumaco, 1998).



Diagnóstico Socio-Antropológico

En Ecuador, los afrodescendientes siguen un modelo de organización territorial, político, étnico/comunitario de tres niveles. Primero la de base o comunidades, que a su vez están congregadas en las organizaciones de segundo grado llamadas palenques o federaciones y la Comarca, organización de tercer grado que aglutina a los palenques y a las comunidades. La Confederación Comarca Afroecuatoriana del Norte de Esmeraldas (CANE), tiene la autonomía de gestionar proyectos para sus palenques y éstos también cuentan con autonomía de gestionar proyectos para sus organizaciones de base. No obstante, los palenques no pueden realizar acciones o proyectos que perjudiquen a la COMARCA. La CANE está regulada por un Consejo Regional de Palenques (CRP), representado por un delegado de cada palenque. Existe otra instancia la Cosangana, que es la reunión de amplia representatividad en la cual se toman decisiones políticas y administrativas.

En total, son 11 las federaciones o palenques, que están representados por los/as palenqueros lekis o menores. En la mayoría de casos los palenques tienen una proyección territorial (PACONER TB, FEDARPPOM, UONE, FECONA, FEDARPROBIN-EA) y otros una proyección social con intereses particulares (FEDOCA, MOMUNE).

A parte de esta organización formal basada en un proyecto de ley, existen iniciativas organizativas al interior de las comunidades. No obstante, según las directivas del CANE la población afrodescendiente no responde en su totalidad a un proceso convocatorio de organización, ya que no consideran que sea necesario (Entrevista líder comunitaria 3 San Lorenzo, 2006).

Actualmente la organizaciones en Colombia y Ecuador están encaminadas a fortalecer su organización interna y para ello demandan explícitamente que las acciones que se vayan a realizar en sus comunidades (tanto por organizaciones estatales como agencias internacionales) pasen por su aval, ya que se considera que las comunidades deben ser las ejecutoras de las acciones propuestas de tal modo que estas sean



Diagnóstico Socio-Antropológico

sostenibles a largo plazo. Esta iniciativa promueve el empoderamiento de las organizaciones de base y busca romper con las prácticas clientelares. Además, se argumenta que las consultorias, investigaciones, proyectos no se realicen de manera aislada e impuesta desde arriba y que la información que se obtenga en el trabajo de campo sea compartida de tal forma que al final la propia población sea gestora y ejecutora de las propuestas que vienen de afuera.

Familia y redes sociales

La familia extensa se constituye para los afrocolombianos y afroecuatorianos como red primaria de apoyo, siendo la madre el eje central. Es frecuente encontrar casos de madresolterismo y unión libre, teniendo el hombre mayores posibilidades de movilidad. Esta dinámica de movilidad social, en la que se combinan diferentes factores (desplazamiento forzado, comercial- económico, laboral, educativo, cultural, familiar), está soportada por las redes familiares, quienes asumen un rol de apoyo vital para que los movimientos sean más fluidos. A lo que se agrega que la mayor oferta de servicios de salud y educación se encuentran en los cascos urbanos aunque estos mantengan elementos rurales en su infraestructura y dinámicas sociales. Este aspecto de movilidad es muy importante para la zona ya que tiene efectos claros en las dinámicas relacionadas con la salud (acceso y uso de servicios de salud, registro, referencia institucional, control y vigilancia).

A nivel institucional, varias ONGs se han establecido en la zona para el desarrollo de proyectos de diversa índole. Para el caso de Tumaco, las que trabajan en salud de manera directa o indirecta son Plan Internacional, Médicos sin Fronteras y Fundest. La primera trabaja en coordinación con la oficina de control de vectores del ISDN en cuanto capacitaciones para microscopistas, donación de microscopios, entrega de mosquiteros²⁸ impregnados, proyectos de saneamiento ambiental y programas de

²⁸ El mosquitero es conocido en Tumaco como toldillo y en Esmeraldas como toldo.



Diagnóstico Socio-Antropológico

educación sanitaria para familias y niños. En los cantones de Eloy Alfaro y San Lorenzo, es muy importante la labor del Vicariato Apostólico de Esmeraldas quien tiene una trayectoria de 15 años en promoción de salud (ver salud y sociedad). En San Lorenzo funciona el Patronato municipal, quien ofrece servicios de salud para la comunidad (particularmente para niños menores de cinco años y madres cabeza de familia). En la actualidad, coordinan con Visión Mundial un proyecto de seguridad alimentaria para niños vulnerables de la región. El Ministerio de Salud ha iniciado un proyecto con la Unión Europea para mantener la cobertura de vacunación y está el Convenio Nostra Familia, programa italiano para rehabilitación de personas discapacitadas que opera desde el 2004.

Salud y Sociedad

Participación en programas de promoción y prevención

Son varias las iniciativas que se han dirigido a la población desde el sector oficial de salud para prevenir la enfermedad y promover la salud. En este apartado se hace énfasis en las relacionadas con la malaria o procesos de empoderamiento comunitario en salud. En especial, para este tipo de programas la figura del promotor de salud es muy importante, por que son quienes acompañan las brigadas de vacunación y están a cargo de informar a la comunidad sobre métodos preventivos y los programas que ejecuten las instituciones de salud de manera directa. Los promotores del casco urbano reciben remuneración pero su contratación depende de la disponibilidad de recursos y los programas que se implementen (en Tumaco). Sin embargo, en la zona la mayoría de promotores son voluntarios, es decir trabajan sin remuneración y sólo se les financia las capacitaciones. En lo rural, los promotores de salud son personas que por lo general hacen de líderes comunitarios a la vez, y además de sus labores de primeros auxilios realizan actividades educativas en salud y están a cargo de la organización de mingas²⁹ para el mejoramiento de las viviendas y el entorno.

²⁹Trabajo comunitario



Diagnóstico Socio-Antropológico

Para el municipio de Tumaco, se contempla dentro del plan operativo de la Secretaría de Salud municipal, que el nivel 1 de atención debe realizar programas en promoción y prevención en cada una de las áreas de salud establecidas [salud sexual y reproductiva, salud infantil (seguridad alimentaria, plan de vacunación), sanidad ambiental, control de vectores, violencia y maltrato]. Frente a las enfermedades transmitidas por vector, no sólo se trabaja desde la secretaria de salud municipal sino en coordinación con otras instituciones, especialmente con la ETV, que depende directamente de la subdirección de programas especiales del Instituto Departamental de Salud de Nariño y están respaldados por la OPS y OMS. Las funciones de esta oficina son de control, diagnóstico y tratamiento. Sus acciones están clasificadas en control social (educación en colegios, información en P y P, charlas en comunidades y colegios), control físico (mejoramiento del entorno, eliminación de posibles criaderos alrededor de las viviendas, manejo adecuado de contenedores potenciales), control biológico (tratamiento de los lugares de reproducción del mosquito con biolarvicida) y control químico (distribución de mosquiteros impregnados, control con larvicida-insecticida en depósitos de agua para consumo humano, rociamiento en conglomerados urbanos y rociamiento intramural). En las épocas donde hay mayor prevalencia de la malaria, la oficina de control de vectores realiza paralelamente actividades de fumigación y charlas sobre prevención en las comunidades más afectadas; sin embargo, no se cuentan con los recursos necesarios ni la infraestructura para cubrir a toda la población afectada.

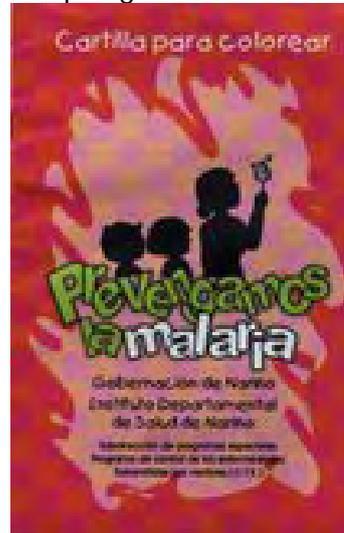
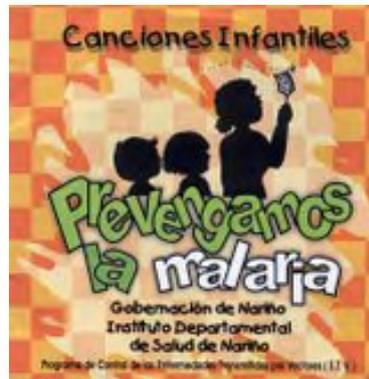
Diagnóstico Socio-Antropológico



Material para comunicación en salud sobre paludismo (Municipio de Tumaco)

Los programas de prevención para enfermedades transmitidas por vector, tiene un componente en educación y comunicación en salud, orientado hacia la búsqueda de cambios de comportamiento en las comunidades. Los talleres educativos y las charlas informales están dirigidos hacia la comunidad en general, pero el proceso de convocatoria a través de promotores de salud se dirige a mujeres líderes que puedan reunir a algunos miembros de la comunidad. Igualmente, se han incrementado programas en los colegios, bajo la coordinación del Instituto Departamental de Salud de Nariño, que traten los conocimientos generales sobre las ETV a través de material didáctico como canciones infantiles para los niños, videos, cartillas e historietas. No obstante, de estos programas los jóvenes comentan que no prestan mucha atención a estas iniciativas y que deberían vincularse de forma integral en el currículo y no de manera aislada (Grupo focal con jóvenes 3 Tumaco, 2006).

Diagnóstico Socio-Antropológico



Material didáctico para niños realizado por el ISDN y la E.T.V

Para esta zona, cabe recalcar, la implementación de una estrategia educativa para el control de la malaria desde el año 1992 hasta 1998, respaldado por la FES, INSALPA, OMS, el Ministerio de Salud y la fundación Manos Unidas. Esta iniciativa llamada “El mundo de la malaria: aprendamos a manejarlo en comunidad”, manejaba un enfoque comunitario y trabajaron con madres comunitarias y líderes de las comunidades. Una vez más, en estos talleres las mujeres fueron mayoría. Esta estrategia fue recordada por algunos promotores de salud que todavía trabajan en la región, y rescataron el hecho de que la gente aprendió del material utilizado. No obstante, el programa se ha suspendido por completo ya que no hubo un seguimiento a los dinamizadores, que fueron alrededor de 400 y no se logró mantener un apoyo gubernamental.

En la provincia de Esmeraldas la entidad encargada del control y vigilancia de la malaria es el Servicio Nacional de Control de Enfermedades transmitidas por vectores artrópodos (SNEM), quien coordina sus actividades con la Dirección Provincial de Salud. Las acciones de control de malaria se trabajan a través de redes de servicios generales y la participación intersectorial y comunitaria en el control vectorial. De igual modo, la institución ha destinado recursos para comunicación y educación en salud, en especial sobre las medidas preventivas que hay que tener frente a la malaria y los procedimientos adecuados una vez se contrae, estas acciones están respaldadas por la



Diagnóstico Socio-Antropológico

Dirección Provincial de Salud, quien a su vez está desarrollando algunos programas de educación en enfermedades transmitidas por vector para los colegios.

En el mes de febrero del 2006, se realizó una campaña multisectorial en la que participó el área de salud, el SNEM y el municipio. El objetivo de la campaña era la entrega de 4800 mosquiteros, convocar mingas comunitarias que consistieron en: corte de maleza, evacuación de aguas estancadas, rociado, y campañas de educación a la comunidad. Se organizaron 9 unidades operativas para realizar la entrega en 18 comunidades rurales. La entrega fue selectiva, exclusiva para mujeres embarazadas y niños menores de 5 años.

Además de estas actividades directas enfocadas en malaria, se rescata la labor del Vicariato Apostólico de Esmeraldas, que tiene una larga trayectoria en la promoción de salud, mediante un convenio de co-administración entre el Ministerio de Salud Pública y el CECOMET. El programa tiene como finalidad llegar a las comunidades que tradicionalmente tienen problemas de salud y a las que no llegan ni el Ministerio de Salud ni el Seguro Social, dividiendo la zona en micro áreas de salud. El programa fomentó visitas a 170 comunidades indígenas, afroecuatorianas y colonas. Hasta ellas concurren equipos de salud (médico, auxiliar de enfermería y cuando hay posibilidad obstetra y odontólogo). La acción fundamental fue involucrar a personas de las comunidades como promotores de salud voluntarios, quienes han asumido las labores realizadas anteriormente por auxiliares de enfermería: medicina preventiva, atención de casos de emergencia y referir a pacientes a la unidad operativa más cercana. Son elegidos por la comunidad, a partir de lo cual reciben capacitación permanente. En la actualidad hay 70 promotores de salud en toda el área, de éstos, 20 cuentan con reconocimiento del Ministerio de Salud Pública (por lo que reciben una bonificación de dos dólares, desembolsada cada seis u ocho meses). Actualmente, los promotores comunitarios están desmotivados, ya que el Vicariato hace un año ha delegado las acciones al Ministerio de Salud, "el Ministerio nos paga 24 dólares cada dos años, y eso

Diagnóstico Socio-Antropológico

todavía hay que ir a luchar porque nos paguen, nadie quiere trabajar como promotora” (entrevista promotora 40 Borbón, 2006).

Por parte de la comunidad, está la propuesta de la CANE que busca a través de la gestión de un Plan de Vida, que en el área de salud se revitalice la medicina tradicional. Explícitamente, FEDARPOM (Federación de Federación artesanal de recolectores de productos bio-acuáticos de San Lorenzo), lidera un proyecto que se encuentra en el contexto del manejo de la medicina integral, en donde se busca la capacitación de 23 promotores de salud para que manejen conocimientos de la medicina alopática y tradicional al mismo tiempo, apuntando a un mejoramiento de la calidad de vida de los pueblos afroecuatorianos (entrevista palenquero leki 14 San Lorenzo, 2006). Además, en ambos países algunas comunidades o barrios están coordinando acciones, a través de mingas, para la recolección de inservibles como contenedores de agua y recolección de basuras para evitar la proliferación de criaderos.



Minga realizada en el colegio fiscomisional, San Lorenzo



Diagnóstico Socio-Antropológico

La educación en salud es un tema que es recurrente desde el sector oficial, quien se percibe como limitado en su acción y que impacta de manera negativa el control de la malaria; es decir que el control del vector es limitado y que en la comunidad no se logran los cambios comportamentales esperados. La ruptura entre el conocimiento experto de la comunidad y las prácticas de prevención es el resultado de las dinámicas locales en donde se articulan representaciones de la salud y la enfermedad y la situación de precariedad social tanto gubernamental como poblacional.

Acceso y uso de los servicios de salud

El acceso y uso de los servicios de salud y las percepciones que se tengan sobre estos están en el medio de las dinámicas sociales que determinan los itinerarios terapéuticos. Aunque existen puntos en común para las dos regiones -dificultad en el acceso desde lo rural, esperas largas, la demanda excede la oferta, poco personal médico, entre otros- cada una tiene particularidades propias de la organización del sistema de salud de los países respectivos.

En el municipio de Tumaco los servicios de salud se encuentran centralizados en la cabecera municipal. Allí se cuenta con dos hospitales. El hospital Divino Niño, de nivel 1, ofrece servicios preventivos y curativos. De este se desprende una red de servicios de salud para medidas de control. No obstante esta red no cubre las necesidades del área rural por la amplitud del territorio, difícil acceso a las veredas, escasos recursos disponibles y la falta de capital social. En el área urbana se presentan demoras para la atención, que en muchos casos significan la pérdida de un día o más esperando por el servicio, además deben realizarse tramites previos si los pacientes no están registrados en el régimen subsidiado. Hay poco personal y no se puede atender a todos los pacientes que llegan en un día, así que se maneja un sistema de citas que deben acordarse previamente para asegurar la atención. En el hospital San Andrés de Tumaco, nivel 2, se atienden urgencias (accidentes, traumas, heridas), niños menores de un año y mujeres embarazadas. Todos los pacientes de urgencias son atendidos



Diagnóstico Socio-Antropológico

estén o no carnetizados y deben cancelar 5% del costo de los servicios. Este hospital pese a la organización interna para la atención, es un lugar congestionado. Respecto a la respuesta por parte de los usuarios, el personal de recursos humanos del hospital afirma que no hay cultura de pago por servicios de salud, se tengan o no los recursos para pagar. Sin embargo, algunos tratamientos son muy costosos para la población. Es importante anotar respecto a los hospitales que las personas con mayores ingresos que viven en Tumaco, desconfían de la calidad de los servicios de salud que ofrece el municipio y recurren a consulta privada, medicina prepagada o en casos de gravedad a clínicas en Cali o Pasto (ciudades más cercanas).

Tanto en la zona rural como urbana, las farmacias ocupan un lugar destacado en la prestación de servicios de salud, ya que son puntos de referencia que en algunos casos van acompañados de consultorios privados que reciben una cantidad considerable de pacientes. Un ejemplo de esto, es una farmacia en la ciudad de Tumaco, manejada por un farmacéuta con 37 años de experiencia, muy respetado en la región. Se dice que en ese espacio se brinda un servicio diferente, muy cercano culturalmente, a diferencia de la caracterización de la relación médico - paciente como distante y sin comunicación. No se cobra por la consulta al farmacéuta, sólo por consulta médica (6 USD) y en algunas ocasiones el medicamento es gratuito para personas de escasos recursos. Una señora comenta al respecto "ese señor tiene mucho conocimiento y ha salvado más vidas que cualquier otro médico" (entrevista comunidad 1 Tumaco, 2006).

En la zona rural del municipio los puestos de salud son los prestadores más cercanos, estos se encuentran especialmente en comunidades sobre la carretera. En los sitios visitados se encontró que el puesto de salud de Chilvi cuenta con dos enfermeros y dos promotoras de salud. Se contempla que las promotoras deben cubrir 10 veredas cercanas a Chilvi, aunque por el difícil acceso y la falta de transporte no se cumple con el objetivo. El médico va al puesto de salud tres días a la semana, pero no se atiende a todos los pacientes. El puesto de salud de Buchely tiene mayor infraestructura,



Diagnóstico Socio-Antropológico

cuenta con una enfermera jefe, un médico rural, un odontólogo y un promotor de salud. Los servicios de los puestos de salud son gratuitos, de primeros auxilios y citas de control.

En cuanto al servicio que ofrece la ETV frente a la malaria, se cuenta con una red de diagnóstico, en donde se tienen funcionando 124 puestos en todo el municipio, en los que se toma la gota gruesa, se diagnostica y se suministra el medicamento. Esta red está compuesta por funcionarios de la oficina, operarios y microscopistas capacitados de las comunidades. Los últimos trabajan en sus casas y son voluntarios, aunque una vez capacitados, se convoca una asamblea en la comunidad y se fija una tarifa por la toma de la muestra, que puede oscilar entre los 2.000 y 5.000 pesos colombianos (1-2 USD) (Comunicación personal con funcionario de Malaria, 2006). No obstante los microscopistas de las comunidades visitadas dicen no estar recibiendo ninguna remuneración y no todos cuentan con las mismas herramientas (se toma la muestra pero no se puede dar diagnóstico por no tener microscopio). Encontramos microscopistas en Chilvi, Buchely, El Descolgado y Candelilla de la Mar.

Para la región de Esmeraldas (cantones Eloy Alfaro y San Lorenzo) se encuentra que en el ámbito urbano, el sistema hospitalario es deficiente, los hospitales de San Lorenzo, Borbón y Limones, no cuentan con equipos ni personal suficientemente calificados. Además, encuentran que su capital humano no logra cubrir las necesidades de las parroquias y comunidades rurales. Existe la iniciativa que cada parroquia tenga una unidad operativa, que cuente con una enfermera auxiliar y medicina necesaria. No obstante, podríamos señalar que donde hay médico hay diagnóstico, mientras que los auxiliares de enfermería envían a los hospitales un reporte diario. Cuando el paciente es trasladado hasta la cabecera cantonal, se enfrenta a largas filas, maltrato, e inexistentes mecanismos de comunicación que adviertan qué hacer en caso de ser un paciente que llega de emergencia.



Diagnóstico Socio-Antropológico



En un taller realizado en Borbón, los auxiliares de enfermería se quejaban, de que los casos remitidos de las zonas rurales, muchas veces no eran atendidos en el hospital, y que muchas veces preferían quedarse en sus comunidades para no sufrir los vejámenes a los que eran sometidos para conseguir un turno.

En la zona rural, aparte de los subcentros, quienes cuentan con médico rural y odontólogo 22 días al mes, y los puestos de salud, que cuentan con enfermeros (as), auxiliares o promotores, funciona la figura del seguro campesino. Este ofrece servicio médico a las familias campesinas afiliadas. Existen tres dispensarios médicos, uno en San Lorenzo, otro en Borbón y un último en las Peñas. (IESS, Informe Anual de Filiación, 2004).

A su vez, el SNEM, cuenta con una red de diagnóstico y referencia distribuida por la Provincia de Esmeraldas (ver mapa 6). En San Lorenzo se cuentan con dos puestos, un microscopista en el Hospital fiscomisional y otro en la oficina de la institución y en Eloy Alfaro con 6 puestos (Hospital, Sector, Colon Eloy, Tola, Las Peñas, San Francisco). Se coordinan las acciones con la Dirección Provincial de Salud y se tiene un jefe de zona en las áreas maláricas. Sin embargo, ésta cooperación presenta debilidades frente al sistema de referencia (no se remiten casos de gravedad por falciparum al hospital), en el registro de casos y la coordinación entre las partes para el servicio de diagnóstico y tratamiento (los microscopistas no trabajan tiempo completo y los fines de semana no se presta el servicio). A parte, no se cuentan con los recursos suficientes para hacer visitas a las comunidades de manera frecuente.



Diagnóstico Socio-Antropológico

Otros actores destacados en la prestación de servicios de salud para la zona Nariño – Esmeraldas, en lo rural y urbano son los curanderos (por lo general mujeres) y las parteras. Las parteras, en la ciudad sólo reciben partos de urgencia y ellas son capacitadas por el personal de los hospitales en primeros auxilios. En la zona rural las parteras cumplen una función más activa, ya que no se cuenta con la presencia de personal médico de manera inmediata. Además la comunidad tiene confianza plena en su trabajo. Por ejemplo, en Candelilla de la Mar (Tumaco) todos los nacimientos los ha recibido la partera, con excepción de un nacimiento por cesárea en Tumaco.

Los remedieros, curanderos, naturistas o vegetistas se ocupan del manejo de hierbas medicinales y técnicas tradicionales para la cura de enfermedades como el mal de ojo, espanto, mal aire, bicho (ver representaciones sociales de la salud y la enfermedad). La comunidad comenta que ellos también hacen parte del “negocio de la salud” y por tanto también persiguen intereses económicos exclusivos, lo que genera desconfianza para algunos quienes prefieren no ser atendidos. Del mismo modo es visto el personal de salud y en particular los médicos, lo que hace que se evite el uso de estos servicios por parte de algunas personas, en especial las provenientes de las comunidades rurales más apartadas.

Proyectos Binacionales en Salud

Desde el año 2004, está discutiéndose un convenio binacional entre el Ministerio de Salud del Ecuador, mediante su Departamento de Relaciones Internacionales. Este convenio tiene por objeto la atención de salud en jurisdicciones locales (municipio de Tumaco, cantón San Lorenzo, Borbón y Limones). Se incluyó a Borbón a pesar de no estar localizada en la zona estrictamente de frontera porque es un lugar receptor de poblaciones migratorias.



Diagnóstico Socio-Antropológico

Hasta hoy los programas regulares del Ministerio de Salud Pública del Ecuador están dirigidos a la población ecuatoriana, a excepción de la atención gratuita a toda mujer embarazada que cruce la frontera, establecida en recientes acuerdos. Se está analizando un proyecto que de atención a niños menores de cinco años en frontera, la inclusión de un observatorio para vigilar la violencia y el abuso en los dos lados de la frontera y vigilancia de la calidad de agua.

Estos convenios no responden a una política macro por parte del Ministerio de Salud, son iniciativas del sector de salud de las localidades fronterizas y del CECOMET, institución del Vicariato de Esmeraldas.

Otra de las instituciones de salud que trabaja en frontera es la Cruz Roja ecuatoriana a través de brigadas en medicina general y odontología. Han realizado acciones frente al problema del agua y ofrecen capacitaciones para promotores de salud voluntarios para la prestación de primeros auxilios básicos. Desde la Cruz Roja y otras entidades que manejan la figura de promotores de salud, se está buscando la manera que estos sean remunerados por su trabajo y puedan dedicarse exclusivamente a este.



3. CULTURA DE LA SALUD ZONA HOMOGÉNEA NARIÑO-ESMERALDAS

Representaciones sociales de salud-enfermedad

En términos generales, para las comunidades afrodescendientes de la zona homogénea Nariño- Esmeraldas la salud es descrito como un estado de bienestar que se ve interrumpida por la enfermedad y hace que se presente un desequilibrio. Como uno de los promotores de salud de la zona fronteriza dice: "estar sano no es molestar mucho con las enfermedades". Así mismo, la enfermedad es vista como algo que no puede ser totalmente controlado y está intervenida por factores externos -intromisión del destino y la suerte-, como dice una curadera "el que es de sufrir, sufre, el que es de enfermarse, se enferma, el que es de alentarse se alienta y el que es de morir se muere" (entrevista comunidad 11 Tumaco, 2006).

Por lo general, la población tiene una orientación temporal hacia el presente, es decir que su proyección personal es de carácter inmediato, dadas las condiciones socio-económicas de la región. Por tanto, no se realizan prácticas preventivas de largo plazo y la salud o el gasto que se destina a ésta no ocupa un lugar prioritario dentro de la economía del hogar ya que la población vulnerable tiene otras prioridades frente a los bienes que deben ser adquiridos y la forma como se consumen.

Desde lo oficial y lo comunitario se advierte que las actividades de prevención son complicadas de realizar porque es difícil que la comunidad adopte el concepto. Una de las causas principales que se atribuyen al problema es la falta de educación de la población asociada a estereotipos sobre las comunidades negras como ajenas a la racionalidad científica. Así mismo se alega que la actitud paternalista que las instituciones han mantenido en la zona, contribuye a que se reproduzca dicho efecto. Del mismo modo, se argumenta que la población espera curarse de manera inmediata y es difícil hacer entender que el tratamiento dure un periodo largo de tiempo y que se requieran de medidas preventivas futuras.



Diagnóstico Socio-Antropológico

En cambio, desde la comunidad se recalca la escasez de recursos y el hecho que tengan otras prioridades como factor principal para no mantener prácticas preventivas. Esto conlleva a que el personal de salud sólo deba ser consultado cuando la enfermedad esté presente e impida la realización de actividades diarias que permitan la generación de nuevos ingresos. Por tanto, se maneja una salud auto reportada, algo que puede ser manejado en casa en la medida de lo posible y que es interpretado por las personas y su red de apoyo. En este sentido, se rescata la importancia de los conocimientos de los vecinos y las experiencias de los otros frente a los mismos eventos, siendo una de las formas de comunicación que se privilegian.

Al igual, existen prácticas de automedicación exacerbadas y una familiaridad clara con la nomenclatura de fármacos comunes y sus efectos. Al tener acceso a la venta libre de estos medicamentos se siguen tratamientos rápidos que se consideran los apropiados, lo que hace que luego los pacientes consulten con patologías avanzadas. Frente a esta práctica una madre comunitaria comenta: “cada vez que uno se enferma va al médico, pero ya grave. Porque uno por aquí cualquier pasta se toma, se compran en las tiendas, sin receta, sin nada y más caro” (entrevista comunidad 20 Buchely, 2006). Así, las personas mantienen frecuentemente drogas de uso común para cualquier eventualidad y no tener necesidad de ir al médico.

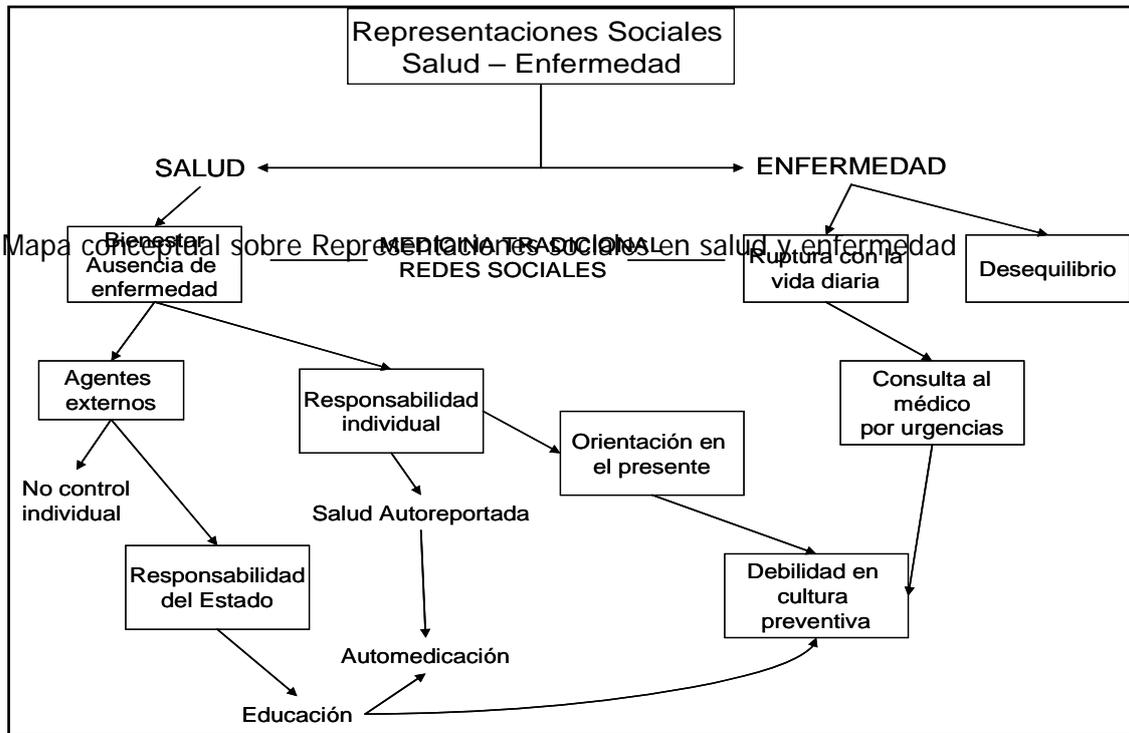
Por otro lado, un componente central en las representaciones de salud-enfermedad para estas comunidades proviene de la práctica y transmisión de la medicina tradicional. Para el caso particular de malaria, se encuentra que aunque se prefiera el tratamiento que ofrecen las entidades de salud, la sintomatología y por tanto los itinerarios terapéuticos se ven mediados por el conocimiento que circula sobre las enfermedades que deben curarse por medio de tratamientos tradicionales. Se dice que males como el ojo, el espanto y el mal aire no pueden ser curados por los médicos y deben remitirse a remedieras o curanderos que conozcan la manera de proceder para sanar a los afectados.



Diagnóstico Socio-Antropológico

El mal de ojo se explica como una especie de corriente visual (o un contacto visual directo con una persona que tenga la capacidad de ojear) que se produce porque la persona es atractiva. Se dice que generalmente esto le pasa a niños que son graciosos y atractivos. Este mal se manifiesta con dolor en el cuerpo y decaimiento. Se han identificado diferentes clases de ojo que dependen de los efectos secundarios que se produzcan: el ojo secador, de pasión, el que revienta la piel por haber estado en el cuerpo por mucho tiempo, entre otros. Por su parte del espanto se dice que es un susto muy fuerte que recibe la persona o una impresión por algo, esto hace que se empiece a sentir mal y quede atónito. Por último, el mal aire se explica cuando se entra en contacto con corrientes fuertes por abrir la puerta rápidamente en la mañana o cuando las personas se exponen a los olores de cadáveres u olores muy fuertes. Cada curandero utiliza diferentes métodos como cura, entre los que se encuentran: sobijos, rezos, tomas, medición con cintas, pasar un huevo, secretos, remedios con plantas medicinales, etc. Estas personas ocupan un lugar central en el campo de la salud y han tenido en cierta medida un reconocimiento por parte de las instituciones de salud para que continúen con sus servicios e incluyan conocimientos de la medicina alopática.

Diagnóstico Socio-Antropológico



Representaciones sociales de la malaria

En la zona a la malaria se le conoce como paludismo y la palabra malaria hace mayor referencia a la institución encargada del control de la enfermedad. De esta manera los funcionarios de estas entidades son recordados como los malarios o en algunos casos como los “tragazancudos”.

La malaria es una enfermedad endémica para la región que históricamente ha cargado con múltiples significados y a la que se le han atribuido diferentes causalidades. En campo se encontró que por experiencia, el paludismo se considera como una enfermedad familiar y se constituye como uno de los males que hacen parte de la vida cotidiana y que a muchos aqueja de manera permanente, como el caso de las EDA, las IRA, y la tifoidea que se listan dentro de las prioritarias. Estas enfermedades como el paludismo están asociadas con el hacinamiento y los deficientes servicios sanitarios de las poblaciones, y por tanto se relacionan con el consumo de agua y alimentos contaminados.

Diagnóstico Socio-Antropológico

Estudios anteriores sobre conocimientos y prácticas de la población de la zona frente a la malaria han encontrado que parte minoritaria de la población ha asociado el paludismo con exceso de agua, bañarse por mucho tiempo o consumir alimentos mal lavados y cocinados (Lipowsky et al, 1992; Kroeger y Alarcón, 1993; Kroeger et al, 1995, Nieto et al, 1999). En este diagnóstico ese tipo de afirmaciones se encontraron esporádicamente y por lo general por parte de personas mayores que a su vez comentaban que la presencia de mosquitos traía la enfermedad. En las comunidades afrodescendientes de la zona Nariño-Esmeraldas hay información sobre la causa de la enfermedad y si bien es cierto que no hay un conocimiento preciso sobre las formas de transmisión y evolución de la enfermedad, existe una asociación clara entre época de invierno que trae proliferación de mosquitos y como estos traen la enfermedad. De igual forma, se asocian las aguas estancadas y el monte alrededor de las casas como criaderos de mosquitos. No obstante, no se sabe claramente que clase de mosquito o zancudo es, sólo personas que han asistido a talleres de capacitación o a programas escolares conocen que son los anofelinos quienes transmiten la malaria.



Condiciones de infraestructura en La Tola, Canton Eloy Alfaro



Diagnóstico Socio-Antropológico

En este sentido, la gente observa un cambio frente a los conocimientos que se tienen de la enfermedad, como una promotora de salud de Tumaco comenta “antes la gente vivía engañada, anteriormente decían que por bañarse tanto, pero ahora está conciente que es el zancudo”. Sin embargo, este cambio no ha traído un cambio comportamental paralelo en donde se controlen los criaderos potenciales.

Otra de las características que le es atribuida al paludismo, es que se trata de una enfermedad engañosa o traicionera, por la forma en que se desarrolla su sintomatología que puede ser fácilmente asociada a otras enfermedades febriles y por que una vez tratada con cualquier medicamento la persona logra restablecerse momentáneamente. Esta característica interfiere claramente en los itinerarios terapéuticos y las prácticas de automedicación. Se considera que los síntomas más claros para identificarla son los escalofríos y el fuerte dolor de cabeza; mientras que la fiebre es generalmente asociada con la gripa y otros males. Sin embargo, frente a la fiebre se encontró que por experiencia se reconoce que en el caso de la malaria se presenta de manera intermitente, con ciclos pronunciados en las horas de la tarde.

La automedicación es una práctica conocida por todos, que se presenta tanto en el ámbito rural como urbano, y aunque se conozcan algunos de los efectos secundarios directos e indirectos (mal diagnóstico, resistencia al medicamento, complicaciones, etc.), por condiciones de acceso a los servicios de salud, el difícil acceso a zonas rurales, la familiaridad con la enfermedad y su tratamiento y los bajos recursos económicos es difícil de suprimir.

Frente a las medidas de prevención, se encontró que aunque haya comunicación y campañas de prevención, es complicado que estas se adopten dentro de la cotidianidad. En las comunidades afrodescendientes no son frecuentes las prácticas preventivas por factores estructurales y culturales. No obstante, frente al paludismo se pudo constatar que se conocen (mas no se aplican en su totalidad) varias medidas de prevención como: el uso de mosquiteros, que en la región es el más utilizado en



Diagnóstico Socio-Antropológico

particular por la molestia de los mosquitos en la noche; la fumigación con productos industriales, que la utilizan personas con recursos económicos medios; el uso del repelente, que por lo general no se utiliza y usar ropa adecuada cuando se trabaja en campo. Por su parte, algunas personas utilizan sahumeros o humos para alejar a los mosquitos en las horas de mayor frecuencia y en los desagües aplican aceite quemado con aserrín o kerosén. Frente a la recolección de basuras y contenedores de agua se espera a que el municipio actúe o se realizan mingas cuando se considera necesario. En cuanto las medidas que tienen los organismos de control (ETV y SNEM), por lo general la población ya no ofrece mayor resistencia frente a la fumigación y el control larvicida, no hay quejas por muertes de animales como antes, pero si hay informes de tener efectos respiratorios contraproducentes.

Por último, pudo observarse que la enfermedad es interpretada a través de lógicas sociales que integran los conocimientos científicos en el lenguaje cotidiano. Así mismo, al ser una enfermedad familiar y de la zona, se inscribe dentro de los saberes culturales en general y en algunas de sus formas de transmisión oral. Como por ejemplo la siguiente canción:

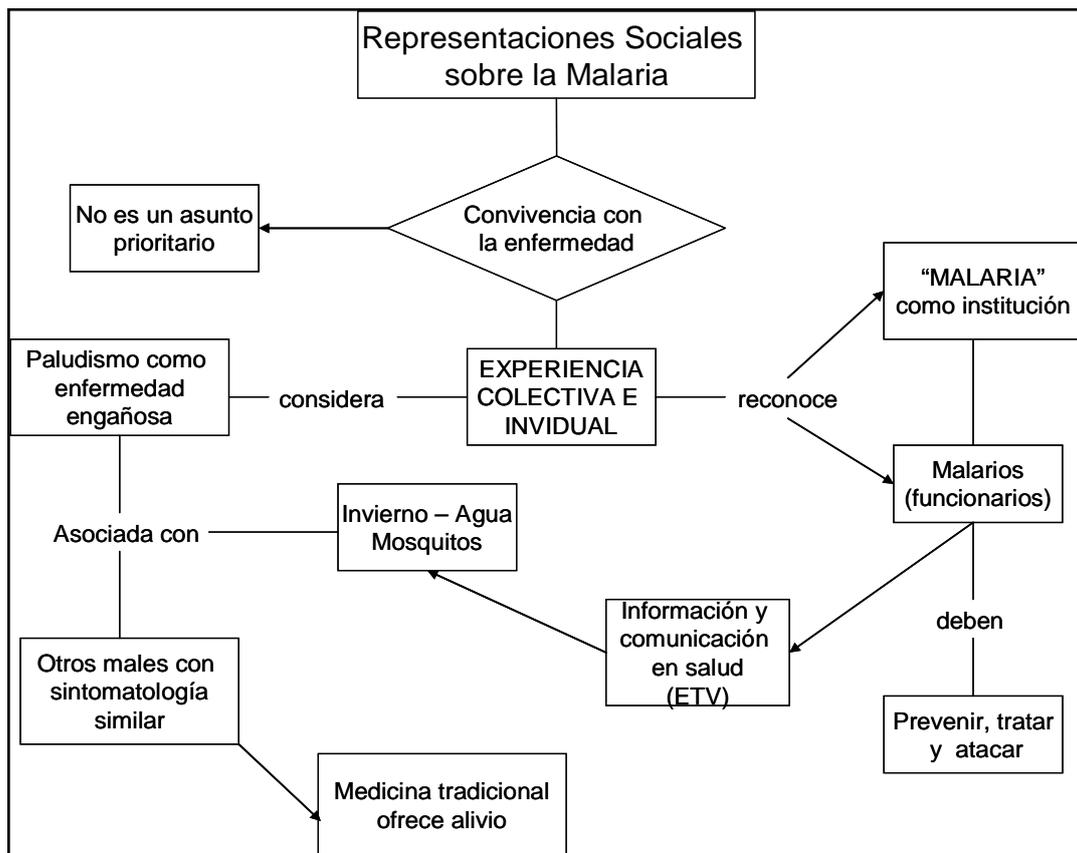
*Mire, mire vecino el zancudo está picando
Mire, mire vecino nos estamos enfermando
Mire, mire vecino y qué podemos hacer
Mire, mire vecino el secreto es muy sencillo
Mire, mire vecino debemos usar toldillo*

*Mire, mire vecino le queremos recordar
Mire, mire vecino que las charcas hay que secar
Mire, mire vecino la basura hay que botar
Mire, mire vecino no nos vamos a enfermar
Mire, mire vecino paludismo nos va dar
Que pasa usted, que puede pasar
Si no lo practicas, se puede enfermar*

¿Para donde quiere ir, para prevención o para curación?

Fuente: Grupo de danza, Barrio Pantano de Vargas, Tumaco 2006.

Mapa Conceptual sobre Representaciones sociales sobre la Malaria





Diagnóstico Socio-Antropológico



REPRESENTACIONES SOCIALES
SOBRE LA MALARIA

Convivencia con la
enfermedad

Mapa conceptual representaciones sociales sobre malaria (entrevistas)

Enfermedad
engañosa

considera

423
EXPERIENCIA
COLECTIVA E
INDIVIDUAL

Itinerarios terapéuticos

“Don Domingo tuvo tres veces paludismo, doña Alicia tuvo paludismo tres veces y fue falciparum, primero se automedicó pensando que es pasajero y se tomó Aralen, tres pastillas. Al tercer día se reincorporó y venía a trabajar por las mañanas, a las dos de la tarde decaía con fiebre, frío, dolor de cabeza, pasó así casi cinco días, con dolor a los huesos. A los cinco días se fue a Esmeraldas, no fue al hospital porque habían médicos mejor preparados en la clínica del Seguro Social, le hicieron el análisis y le diagnosticaron falsiparum. Empezaron a aplicarle sueros y pastillas, estuvo mal como cinco días, y se sintió peor, cuando vio que no mejoraba le puse limón en la cabeza, le hicimos unas aguas con yerbas caseras, yerbas frescas y yerbas calientes. Le dije busquen un mate, y en la tarde le bañaba con las yerbas frescas y para dormir le daba una infusión con yerbas calientes. Las aguas frescas, es una mezcla de manzanilla con otras yerbitas, y las calientes son la borraja. Ahí se agarra un mate y le echan aguardiente y se enciende. Cuando está tibio se le soba por todo el cuerpo, de allí se agarra un limón pelado, sacan tres capullitos, lo mezclan con mentol y una sulfatiazol molida. Los capullitos lo empapan en mentol y van por el recto. Hace que en menos de diez minutos baje la fiebre y empiece a sudar. Otro limón se hace rodajas y le pone en la cabeza para que le baje el dolor. Pero continúa tomando las pastillas”.

(Entrevista comunidad 47 Borbón, 2006)

En las entrevistas realizadas a la comunidad se indagó en particular por los itinerarios terapéuticos, es decir, se preguntó por los recorridos a los que se enfrentan las personas una vez empiezan los síntomas. En primer lugar, se puede hacer una diferenciación entre las trayectorias en lo rural y lo urbano, en particular por el acceso a los servicios de salud, pero no puede perderse de vista que los centros urbanos de la zona Nariño-Esmeraldas se caracterizan por mantener elementos rurales en sus dinámicas sociales, lo que hace que esta diferenciación no sea tajante y deba ser matizada.

En el primer mapa social se representan las opciones que se toman una vez se presentan los síntomas (ver mapa conceptual de itinerarios) para la zona urbana. Se podrían enumerar las siguientes trayectorias posibles:

- Se presentan los síntomas y se busca alivio a través de analgésicos, antipiréticos o antihistamínicos, que pueden ser adquiridos en farmacias (incluso se consulta al farmaceuta), esto puede combinarse con remedios caseros (ver tabla 19). A veces

Diagnóstico Socio-Antropológico

se siguen consejos de la familia o los vecinos que han pasado por la enfermedad recientemente. Como los síntomas persisten se sospecha de paludismo y se acude a un prestador de servicios de salud, dependiendo de la severidad del caso, el lugar donde se encuentre y los recursos que se tengan. Particularmente en Ecuador nos encontramos con resistencia frente a la toma de la gota gruesa por temor a la aguja, "A la gente no le gusta hacerse la prueba de la gota, por temor a la púa... una señora decía que prefería dar a luz, y no hacerse el examen" (entrevista sector oficial San Lorenzo, 2006). Por tanto, se prefiere tomar el medicamento directamente sin comprobar que sea paludismo. En los casos en los que sí se hace el examen y sale negativo, se recomienda hacer exámenes seguidos para descartar la patología. Aquí se les recomienda a los pacientes que no tomen ningún medicamento y volver al día siguiente. Esto para personas de escasos recursos no es fácil de cumplir, especialmente si vienen de veredas rurales, ya que quedarse en la ciudad implica gastos extras con los que no contaban. El tratamiento en "Malaria" y los centros de salud es gratuito, siempre y cuando se disponga del medicamento. No todos los puestos de salud cuentan con microscopio y en este caso, el diagnóstico se realiza por cuadro clínico y se da el tratamiento directamente. En algunos casos se sigue el tratamiento completo y en otros incompleto por que se siente bien con las primeras dosis, por repartir el tratamiento entre miembros de la familia o por guardar pastillas para la próxima recaída, lo que hace que se presente el paludismo en repetidas ocasiones. No siempre hay mejoría con el tratamiento que se proporciona y hay que volver a consultar al médico.

- Se presentan los síntomas y se confunden con otros malestares, sobre todo en el caso de los niños. Por eso se llevan a donde una curandera, quien lo examina por ojo, mal aire, bicho o espanto. Las curanderas dicen que si no es ninguno de estos males, los remiten al médico para que los examine, en especial si se sospecha de paludismo. Sin embargo, ellas ofrecen remedios paliativos para los síntomas, utilizando plantas medicinales amargas para controlar la fiebre y restaurar el

Diagnóstico Socio-Antropológico

hígado (ver tabla). Así que luego se sigue el procedimiento 1 de ir al prestador de servicios de salud más conveniente según recursos, distancia y estado de gravedad u optar por la automedicación. Esta trayectoria también se observa en la zona rural.

- Si luego de remisión por jerarquía (puestos de salud-hospital) no hay mejoría, se remiten los pacientes a hospitales en Pasto (Nariño) o Esmeraldas (Esmeraldas). Estos son casos de alta gravedad y por lo general terminan en muerte.
- Un porcentaje mínimo de personas acude directamente a laboratorios particulares para toma de la gota gruesa (personas de más recursos).

En lo rural pueden presentarse los siguientes itinerarios (ve gráfico):

- Cuando no hay fácil acceso a servicios de salud, por distancia, costo y disponibilidad de transporte o dificultad de comunicación, se tiene que manejar sintomatología en casa y con los medicamentos disponibles (pueden ser antimaláricos, Aralen (cloroquina) es más usado en Tumaco y Fansidar (pirimetamina + sulfadoxina) en Esmeraldas) por el tiempo necesario. Si los síntomas persisten con severidad hay que acudir al puesto de salud más cercano, si no se tienen los recursos se pide un préstamo a miembros de la comunidad y se traslada lo más rápido posible. Una vez en estos puestos se realiza el procedimiento común, dependiendo con lo que se cuente (gota gruesa o tratamiento directo por cuadro clínico). “Uno ya conoce los síntomas, entonces le hace la prescripción” (entrevista sector oficial San Lorenzo 11, 2006). En lo posible el paciente busca llegar el mismo día a su lugar de residencia para no incrementar costos, no obstante puede que no sea atendido por falta de personal o por que no tenga una cita, si el caso no es considerado grave. De esta manera tendría que realizar más de un viaje o costear la estadía en la comunidad o ciudad.

Mapa conceptual de itinerarios terapéuticos rurales-urbanos

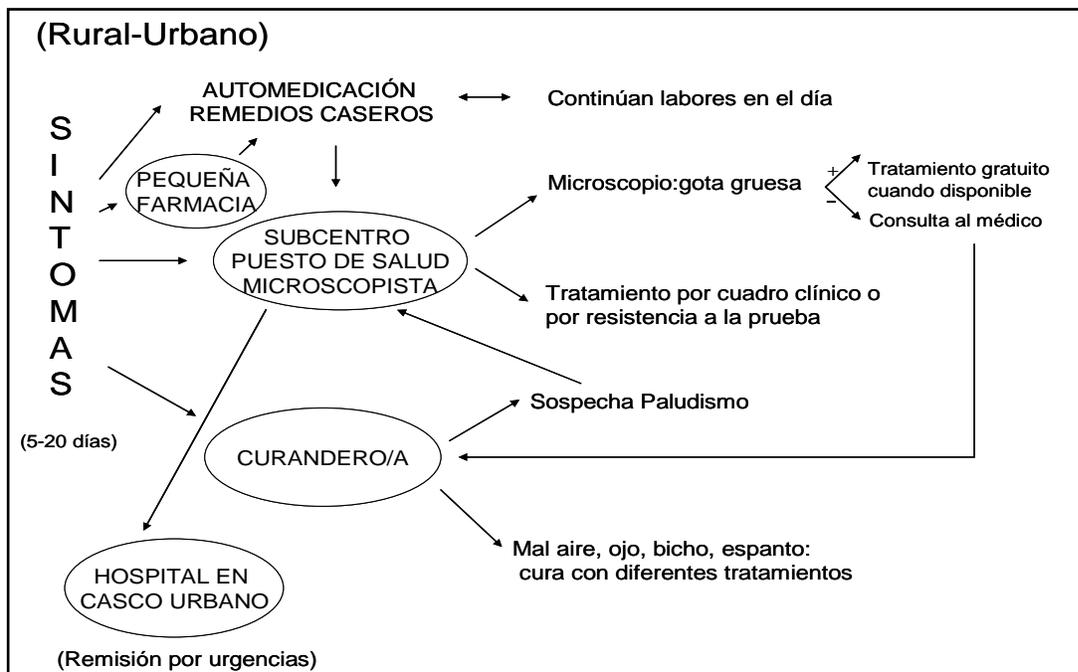


Tabla No 24 Remedios y plantas usadas para aliviar sintomatología de la Malaria.

REMEDIOS CASEROS	PLANTAS MEDICINALES
<p>Agua panela con limón Agua de limoncillo Vendas de papa Rodajas de limón en la frente Verbena con limón criollo o mejoral Agua Florida</p>	<p>Mataraton (baño, tomar, acostarse sobre hojas) Verbena (tomar) Espíritu Santo (machacado) Tomas con aguardiente + plantas Caña agria</p>

Diagnóstico Socio-Antropológico

Percepción de Riesgo

En general, la población percibe que cualquiera está en condición de riesgo para contraer malaria. A primera vista, es una enfermedad de la región que puede atacar a cualquiera, sin embargo se considera que hay personas más vulnerables por sus condiciones de vivienda, cercanía con criaderos potenciales o por trabajar en el campo. Otro factor asociado al riesgo es el clima tropical, una zona plana de grandes estancamientos de agua, que se convierten en criaderos de mosquitos, en donde la tala de bosque ha aumentado la densidad parasitaria.

No obstante, desde lo institucional se habla de riesgo desde causas estructurales que intervienen en la incidencia de la enfermedad en la región. Se considera que el riesgo es encontrarse en una zona donde se puede contraer una enfermedad. En el momento que la persona ha sido contagiada entra al grupo de morbilidad. De tal forma, se considera la pobreza, las condiciones de vivienda e higiene, desnutrición, la contaminación ambiental y el desplazamiento como factores que hacen parte de los factores de riesgo más comunes para la zona. El riesgo de contraer paludismo además aumenta durante la etapa invernal, debido a los grandes volúmenes de lluvia y la precariedad de la cobertura del sistema de alcantarillado en las ciudades.

Para el caso de Tumaco (cabecera municipal) se considera que los desplazados y las personas que viven debajo de los puentes y en las comunas 1 y 5 son las que están en mayor riesgo y en la zona rural los que están cerca del manglar. Para San Lorenzo y Eloy Alfaro, se contempla el estuario de San Lorenzo (zona de manglar) y las costas e islas de Eloy Alfaro como las zonas de alto riesgo.

Diagnóstico Socio-Antropológico



Condiciones del barrio Ciudadela, comuna 5, Tumaco

Trayectorias de riesgo

En las comunidades cercanas a la carretera, son los hombres quienes se dedican en mayor medida al trabajo de campo y las mujeres permanecen en el hogar haciendo las labores de casa o participando de actividades comunitarias. En las comunidades de costa, la actividad principal es la pesca y la recolección de concha, labor en la que participan hombres, mujeres y niños. Estas actividades labores sumadas a las dinámicas sociales particulares para la zona hacen que se configuren las siguientes trayectorias de riesgo frente a la malaria, que pueden dividirse entre situacionales y disposicionales:

Tabla No .25 Trayectorias de riesgo

Trayectorias disposicionales

Viviendas no higiénicas sin sistema de evacuación de excretas

Viviendas rodeadas por maleza y alta vegetación

Viviendas lejanas a proveedores de salud

Viviendas cercanas a fuentes de agua y posibles contenedores

Trayectorias situacionales

Actividades relacionadas con la agricultura

Actividades de recolección de concha

Desplazamiento por conflicto armado

Alta movilidad en frontera (colombianos al Ecuador)

Diagnóstico Socio-Antropológico



Disposición de la basura en comunidad del municipio de Tumaco



Viviendas en Candelilla de la Mar, municipio de Tumaco

Diagnóstico Socio-Antropológico



Vivienda en el Descolgadero, comunidad riverieña

Bibliografía

- Alcaldía Municipal de Tumaco. Plan Operativo de Desarrollo del Municipio de Tumaco (1998-2001).
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística de Colombia: <http://www.dane.gov.co>
- Hartigan, P. (2000). *Enfermedades transmisibles, género y equidad en la salud*. Boston: OPS, Harvard Center for Population and Development Studies.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos del Ecuador: <http://www.inec.gov.ec>
- Kroeger, A. y Alarcón, J. (1993). *Malaria en el Ecuador y Perú y estrategias alternativas de control*. Quito: Abya-Yala.
- Kroeger, A., Manchego, M, Pesse, K. (1995). *Métodos para mejorar el control de la malaria en Ecuador y Colombia*. Cayambe, Ecuador: Abya-Yala.
- Lipowsky, R., Kroeger, A., Vazquez, M. (1992). Sociomedical aspects of malaria control in Colombia. *Social Science & Medicine*, 34 (6).
- Ministerio Nacional de Educación. Perfil educativo Departamental de Nariño: <http://www.mineduccion.gov.co/1621/article-97459.html>
- Municipio de la Provincia de Esmeraldas, Secretaría de Planificación. Plan de Desarrollo Provincial de Esmeraldas, agosto de 2005.
- Municipio del Cantón San Lorenzo, Plan Estratégico de Desarrollo Cantonal 2002-2012.
- Municipio del Cantón Eloy Alfaro, Plan Estratégico de Desarrollo Cantonal.
- Nieto, T., Méndez, M., Carrasquilla, G. (1999). Knowledge, beliefs and practices relevant for malaria control in an endemic urban area of the Colombian Pacific. *Social Science & Medicine* (49).
- Nieto, T., Méndez, M., Carrasquilla, G. (1999). Knowledge, beliefs and practices relevant for malaria control in an endemic urban area of the Colombian Pacific. *Social Science & Medicine* (49).
- Rivas, N. (2000). Ley 70, medio ambiente y relaciones intra-municipales: el consejo comunitario Acapa, Pacífico Nariñense. En: Rivas, N., Hurtado T. y Agudelo, C. *Impactos de La Ley 70 y Dinámicas Políticas Locales de las Poblaciones Afrocolombianas: Estudios de Caso*. Documento de Trabajo No. 50, Tomado Julio 17, 2006 de <http://www.socioeconomia.univalle.edu.co>
- SIISE. Versión 4. Sistema Integrado de Indicadores sociales del Ecuador.

CAPÍTULO 7 ZONA HOMOGÉNEA
SUCUMBÍOS-PUTUMAYO

Tabla No .1 Instrumentos metodológicos

	SUCUMBÍOS (ECUADOR)		PUTUMAYO (COLOMBIA)
	Nueva Loja	Sansahuari	
Entrevistas realizadas	25	20	En el departamento de Putumayo no se llevó a cabo trabajo de campo dada la crítica situación de violencia imperante. Los datos que se consignan sobre el departamento en el presente documento se remiten a generalidades demográficas, sociales y de salud, y fueron obtenidos por consulta vía web de fuentes oficiales.
Grupos focales	1	2	
Personas que participaron del estudio	Miembros de la comunidad, líderes locales, promotores comunitarios, personal de los puestos de salud de las ONG's y funcionarios del área técnico-administrativa de salud.	Miembros de la comunidad, líderes locales, promotores comunitarios y funcionarios del área de salud.	
Grupos etáreos (a nivel de la comunidad)	Las edades oscilan entre los 17 y los 70 años, aunque la mayor parte de las personas se ubica en el rango entre los 30 y los 50 años de edad.	Las edades oscilan entre los 15 y los 63 años, aunque la mayor parte de las personas se ubica en el rango entre los 30 y los 50 años de edad.	
Trabajo de archivo	Consulta en los archivos de la Dirección Provincial de Salud de Sucumbios (DPSS) y de la Jefatura de la Zona IX del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM) a través de los funcionarios respectivos. Consulta en los archivos del Municipio sobre aspectos generales del cantón y la provincia.	Consulta en los archivos del Centro de Salud Unión y Progreso a través de los funcionarios respectivos.	

Tabla No. 2 Datos Generales de la región de Sucumbíos y Putumayo

	SUCUMBÍOS	PUTUMAYO
Extensión	18.008 km ² .	24.885 km ² .
División administrativa	7 cantones divididos en 26 parroquias rurales y 7 urbanas.	13 municipios, 2 corregimientos y 56 inspecciones de policía.
Capital	Nueva Loja (Lago Agrio).	Mocoa.
Tipo de región	La mayor parte de la provincia se circunscribe a la selva amazónica ecuatoriana. Solo el extremo occidental del territorio se ubica en la Sierra (cordillera de los Andes).	La mayor parte del departamento se circunscribe a la selva amazónica colombiana. Solo la franja occidental del territorio se ubica en la cordillera de los Andes.
Clima	Frío y húmedo en la Sierra, cálido y húmedo en la cuenca amazónica.	Frío y húmedo en la cordillera, cálido y húmedo en la llanura amazónica.
Población	130.000 habitantes aproximadamente.	388.300 habitantes aproximadamente.

Tabla No. 3 Datos generales de las localidades visitadas

DATOS GENERALES DE LAS LOCALIDADES DE ESTUDIO		
	Nueva Loja	Sansahuari
Circunscripción	Provincia de Sucumbíos, cantón de Lago Agrio.	Provincia de Sucumbíos, cantón de Putumayo.
Tipo de localidad	Área urbana, capital provincial.	Recinto, área rural.
Altura sobre el nivel del mar	360 m.	230 m.
Población	Alrededor de 34.000 habitantes en la ciudad y alrededores.	Alrededor de 300 (60 familias) en el cantón.
Clima	Cálido y húmedo, todo el cantón de Lago Agrio.	Cálido y húmedo, todo el cantón de Putumayo.

Diagnóstico Socio-Antropológico

Agrio.

Putumayo.



Fuente: Instituto Geográfico Militar - Ecuador.

Mapa No 1 Sucumbíos

1. ORGANIZACIÓN SOCIAL ZONA HOMOGÉNEA SUCUMBÍOS-PUTUMAYO

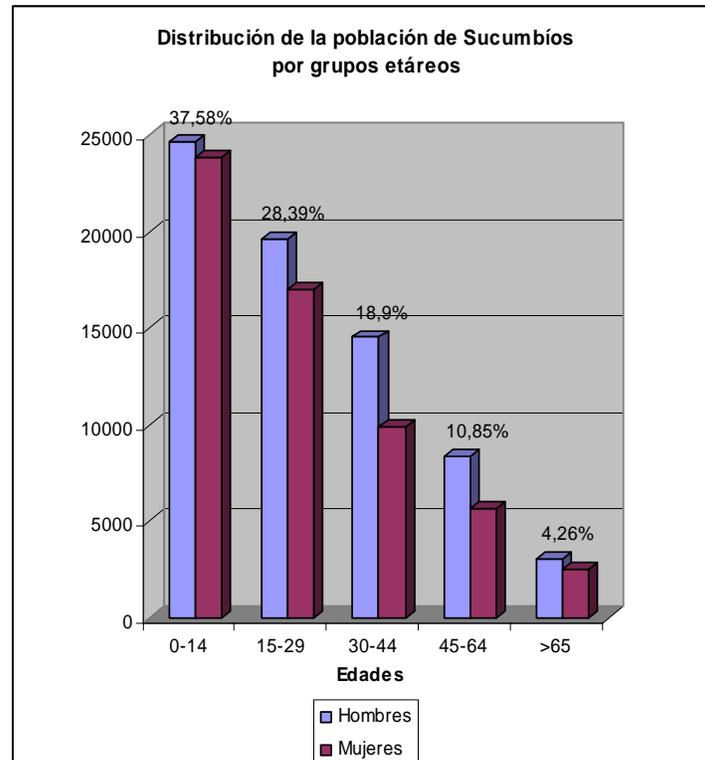
Indicadores Región Sucumbíos

Composición étnica de la población

- La población de Nueva Loja y Sansahuari, así como la de la provincia de Sucumbíos en general, es mayoritariamente mestiza.
- En Nueva Loja la población afrodescendiente tiene una fuerte presencia en los barrios Esmeraldas Libre, Estrella del Oriente, Guayaquil, El Dorado, Colinas Petroleras y Vía Colombia.
- Cinco nacionalidades indígenas –Sionas, Cofanes, Kichwas, Secoyas y Shuares– habitan la provincia, pero sólo dos tienen presencia en Nueva Loja y ninguna tiene presencia significativa en Sansahuari. En Nueva Loja residen seis comunidades Kichwas –de un total de 51 en todo Sucumbíos– y una comunidad Shuar –de un total de 14–.
- En Nueva Loja hay también un alto número de refugiados colombianos, especialmente en el barrio San Valentín.

Grupos etéreos

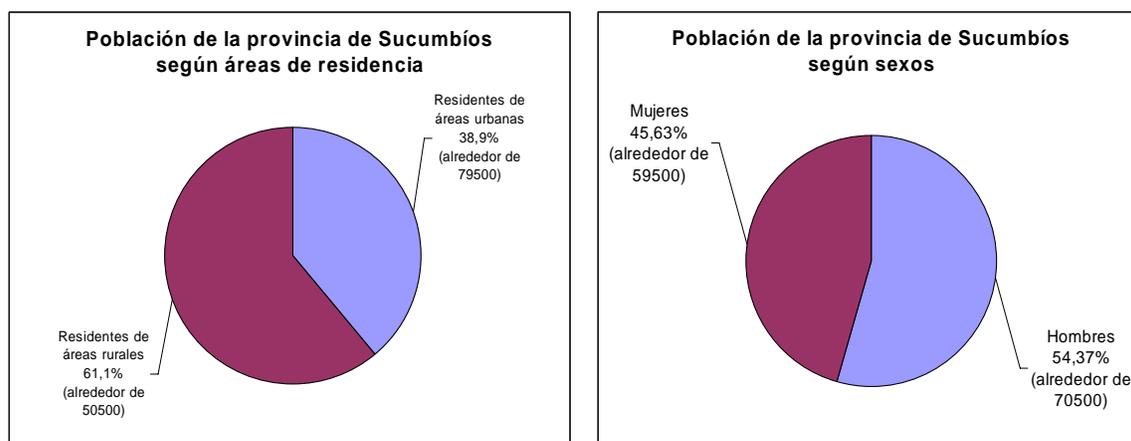
Gráfico No. 1 Distribución de la población por grupos etéreos



Fuente: Gobierno Provincial de Sucumbíos, 2004.

Diagnóstico Socio-Antropológico

Gráfico No. 2 Distribución de la población por sexos y áreas de residencia.



Fuente: Gobierno Provincial de Sucumbíos, 2004.

Economías locales

Tabla No. 4 Actividades económicas

Actividades económicas de mayor relevancia

Sector primario	Sector secundario	Sector terciario
Agricultura. Arroz, cacao, café, maíz, plátano, yuca, naranjilla.	Explotación minera. Petróleo.	Turismo, comercio, transporte.

Ramas de actividad	Nº de personas	%
Agricultura, silvicultura, caza y pesca	19232	39.4
Servicios	7527	15.4
Comercio	6090	12.5
Explotación de minas y canteras	3093	6.3
Construcción	2643	5.4
Transporte	2081	4.3
Manufactura	2052	4.2
Establecimientos financieros	1783	3.6
Electricidad, gas y agua	118	0.2

Fuente: Gobierno Provincial de Sucumbíos, 2004;
Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) - Ecuador, 2002 (a).

Indicadores sociales

Tabla No. 5 Indicadores sociales

Indicadores	Lago Agrio	Putumayo
Tasa de crecimiento anual de la población	4,9%	2,2%
Tasa bruta de natalidad	35,7 por 1.000	
Tasa de mortalidad infantil	35,4 por 1.000	
Índice de desnutrición global		38,3%
Índice de desnutrición crónica		44,6%
Índice de pobreza de consumo	67,3	72,8
Índice de pobreza extrema	20,7	32,0
Índice de vulnerabilidad	36,7	42,8

Fuente: Gobierno Provincial de Sucumbios, 2004; INEC - Ecuador, 2002.

Cabe subrayar que el cantón de Putumayo cuenta con los índices más altos de pobreza y vulnerabilidad en toda la provincia.

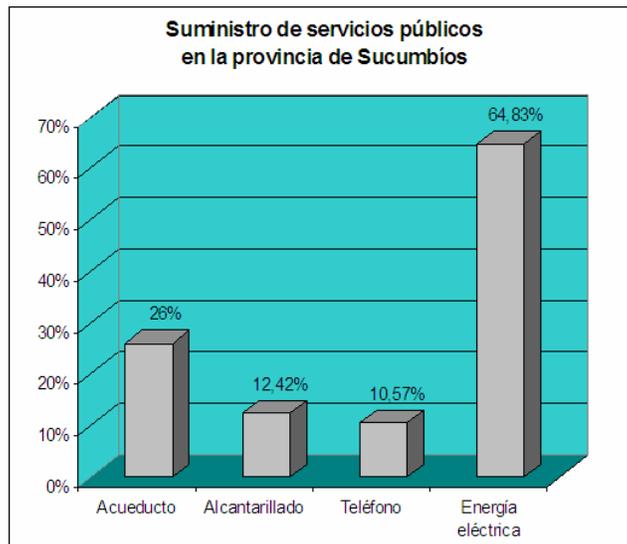
Servicios públicos

- En el 46,7% de las viviendas el agua para consumo se obtiene a través de pozos caseros, mientras que en el 18,7% se obtiene a través de ríos y esteros³⁰. También es frecuente el uso de aguas lluvias.
- La cobertura del servicio de recolección de basuras es escasa –no hay cifras exactas–.
- Sólo el 26,7% de las viviendas urbanas y el 3,3% de las viviendas rurales tiene acceso a la red de alcantarillado. El resto dispone de pozos sépticos, letrinas, o bien carece de sistemas de evacuación de desechos.

Tabla No. 6 Suministro de servicios públicos

³⁰ El término 'estero' se utiliza para referirse a ríos pequeños o a caños de aguas negras.

Diagnóstico Socio-Antropológico



Fuente: Gobierno

Provincial de

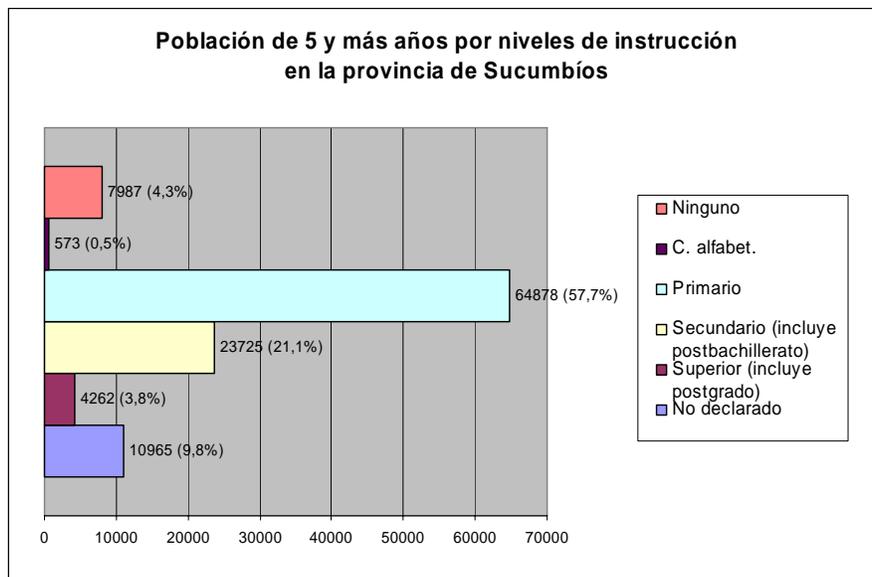
Sucumbios, 2004; INEC - Ecuador, 2002 (a).

Sistemas de transporte

- La red principal de carreteras de la provincia tiene una extensión de aproximadamente 500 km, sin incluir las vías inter-parroquiales y las que comunican a recintos –pueblos pequeños– y comunidades –veredas, para el caso colombiano–.
- El principal eje vial está conformado por las carreteras que comunican con las provincias de Carchi, Napo, Orellana y Pichincha, y con el vecino país de Colombia.
- Los ríos son bastante utilizados como vías de comunicación. Los más importantes son el río Putumayo, el río San Miguel, el río Aguarico y el río Napo.
- Hay dos aeropuertos nacionales en la provincia, ubicados en Nueva Loja y Tarapoa.
- Tanto en Nueva Loja como en Sansahuari el principal medio de transporte es el terrestre.

Indicadores educativos

Tabla No. 7 Población por niveles de instrucción



Fuente:

INEC -

Ecuador, 2002 (a).

- El 8,1% de la población de la provincia es analfabeta.
- El índice de deserción escolar en la provincia es del 7,8%.
- La escolaridad media de los habitantes de Lago Agrio es de 5,7, entre tanto la de los habitantes de Putumayo es de 5,2.

Indicadores de salud

- Entre las primeras causas de morbilidad ambulatoria a nivel provincial durante los últimos tres años se cuentan las infecciones respiratorias agudas –IRA's–, la parasitosis, las enfermedades diarreicas agudas –EDA's– y las infecciones en las vías urinarias.
- Predomina el subregistro en indicadores de salud para población indígena.

 INFORME DE 10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD AMBULATORIA RESUMEN PROVINCIAL 2005															
ORD.	PATOLOGIAS	TOTAL	-1 MES	-1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-35	36-49	50-64	65y+	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
1	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	13442	213	3339	5814	1529	592	500	801	366	174	114	13442	6765	6677
2	PARASITOSIS	13263	56	610	4126	3308	1811	1072	1338	643	205	94	13263	5993	7270
3	ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	5913	131	1602	3127	411	118	156	213	77	45	33	5913	2994	2919
4	INFECCIONES DE VIAS URINARIAS	4800	4	90	324	221	224	849	2142	702	174	70	4800	542	4258
5	ANEMIA	4033	8	251	1182	736	473	439	675	180	55	34	4033	1616	2417
6	PIODERMITIS	3401	98	847	1566	380	130	95	143	66	47	29	3401	1675	1726
7	DESNUTRICION	1486	6	170	766	282	100	40	92	12	7	11	1486	600	886
8	DERMATITIS	1265	51	303	450	139	56	90	108	41	16	11	1265	569	696
9	FARINGO AMIGDALITIS	974	2	46	279	188	100	56	162	81	20	40	974	484	490
10	VAGINOSIS	946	0	1	9	9	9	239	508	162	8	1	946	2	944
11	OTITIS	520	2	50	160	127	58	23	58	20	13	9	520	245	275
12	ESCABIOSIS	458	1	70	171	83	38	17	43	19	7	9	458	190	268

Fuente: archivo de la Dirección Provincial de Salud de Sucre (DPSS).

Tabla No. 8 Causas de morbilidad ambulatoria

Diagnóstico Socio-Antropológico
Tabla No. 9 Enfermedades de vigilancia epidemiológica

ENFERMEDADES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
TOTAL GENERAL
SUCUMBIDOS ENERO A DICIEMBRE 2005

CODIGO	ENFERMEDADES	TOTAL GENERAL					TOTAL		
		CASOS NUEVOS ATENDIDOS EN CONSULTA					TOTAL	HOSPI TALIZA DOS	FALLE CIDOS
		EXTERNA O EMERGENCIA							
		1 año	1-4	5-14	15-44	45 y +			
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL									
1	HEPATITIS VIRICA	1	40	67	18	4	128	8	0
2	HEPATITIS B	0	14	9	2	2	27	1	0
3	SIFILISIS CONGENITA	0	0	0	5	0	5	0	0
4	SIFILISIS PRIM. Y SECUNDA	0	0	1	82	1	84	3	0
5	GONORREA	0	0	2	81	4	87	0	0
6	HERPES GENITAL	0	2	0	24	2	28	0	0
7	OTRAS ENFEM. VENEREAS	1	6	26	1662	85	1780	14	0
8	MONILIASIS	0	0	0	1	0	1	0	0
9	TRICOMONIASIS	0	0	0	148	8	156	0	0
10	CANDIDIASIS	1	0	1	200	10	212	0	0
11	SIDA	1	0	0	13	1	15	1	0
ENFERMEDADES CRONICAS Y ACCIDENTES DE TRANSITO Y LABORALES									
10	FIEBRE REUMATICA	0	2	6	28	25	61	0	0
11	HIPERTENSION ARTERIAL	0	1	4	110	305	420	10	1
12	INTOX. PLAGUICIDAS	1	3	9	25	12	50	19	0
13	DIABETES	0	0	3	46	78	127	27	1
14	ACC. TERRESTRE	0	2	3	24	6	35	0	0
15	ACC. MARITIMO FLUVIAL	0	0	1	2	1	4	0	0
16	ACC. DOMESTICO	4	39	55	95	48	241	11	0
17	ACC. LABORALES	0	1	9	59	20	89	3	0
17	INFECCIONES NOSOCOMIALES	0	1	1	2	0	4	0	0
ENFERMEDADES TROPICALES									
20	PALUDISMO(MALARIA)	37	158	149	225	52	621	19	0
21	TRIPANOSOMIASIS (CHAGAS)	0	0	0	0	0	0	0	0
22	ONCERCOSIS	0	0	0	0	0	0	0	0
23	DENGUE CLASICO	1	11	63	148	30	253	9	0
24	MORDEDURA DE SERPIENTE	1	6	23	54	13	97	61	0
25	LEPRA	0	0	0	0	0	0	0	0
26	LEISHMANIASIS	1	1	1	33	9	45	0	0
27	FRAMBESIA (PIAN)	1	0	0	0	0	1	0	0
ENFERMEDADES ZOOZONOSICAS									
30	BRUCELOSIS	0	0	0	0	0	0	0	0
31	TIFUS EPIDEMICO	0	0	0	0	0	0	0	0
32	LEPTOSPIROSIS	0	0	0	0	0	0	0	0
33	EQUINOCOCOSIS	0	0	0	0	0	0	0	0
34	FIEBRE EQUINA	0	0	0	0	0	0	0	0
35	TENIASIS SOLIUM	0	0	0	0	0	0	0	0
36	CISTERCERCOSIS HUMANA	0	0	1	1	0	2	0	0
ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES									
40	FIEBRE TIFOIDEA	0	10	28	39	8	85	4	0
41	SALMONELLOSIS	1	1	9	12	4	27	1	0
42	INTOX. ALIMENTARIA	33	29	30	64	11	167	3	0
43	EDA.	1934	3672	733	373	99	6811	179	1
ENFERMEDADES TUBERCULOSIS Y OTRAS									
50	TUBERCULOSIS CONFIRMADA	0	0	7	46	13	66	2	0
50	TUBERCULOSIS NO CONFIRMADA	0	0	1	2	1	4	0	0
51	MENINGITIS TUBERCULOSA	0	0	0	0	0	0	0	0
52	OTRAS FORMAS DE TUBERC.	0	0	0	0	0	0	0	0
53	PARAGOMINIASIS	0	27	2	1	0	30	0	0
54	IRA.	3549	6428	2342	1648	512	14479	55	1
ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES									
60	TOSFERINA	0	0	0	0	0	0	0	0
61	TETANOS	0	0	0	0	0	0	0	0
62	RUBEOLA	0	1	0	1	0	2	0	0
63	VARICELA	27	89	103	82	9	310	3	0
		-15	16-19	20-35	36 Y+	XXXXX	TOTAL		
REPRODUCTIVO									
80	CESAREAS	8	85	152	12	XXXXX	257	251	0
81	PARTOS	28	441	1079	164	XXXXX	1712	878	0
82	ABORTOS PROVOCADOS	2	22	82	16	XXXXX	122	115	0
83	ABORTOS INDUCIDOS	0	1	6	4	XXXXX	11	0	0
84	ABORTO NO PROVOCADO	3	24	95	30	XXXXX	152	83	0
COMPORTAMIENTO HUMANO									
90	DEPRESION	2	8	20	34	XXXXX	64	0	0
91	PSICOSIS	3	0	1	1	XXXXX	5	0	0
92	ALCOHOLISMO	1	0	25	14	XXXXX	40	2	0
93	FARMACODEPENDENCIA	0	0	0	0	XXXXX	0	0	0
94	DEMENCIA	1	0	0	0	XXXXX	1	0	0
95	RETARDO MENTAL	43	15	7	6	XXXXX	71	0	0
96	VIC. VIOLENCIA Y MALTRATO	3	2	16	20	XXXXX	41	0	0
97	EPILEPSIA	13	1	12	5	XXXXX	31	4	0
98	SUICIDIO INTENTO	2	3	14	10	XXXXX	29	4	0
99	SUICIDIO CONSUMADO	0	0	1	1	XXXXX	2	0	0
		0	0	0	0	XXXXX	0	0	0

Fuente:
de la

archivo
DPSS.

Prevalencia de la malaria en la provincia

Gráfico No. 3 Evolución comparativa de la morbilidad palúdica

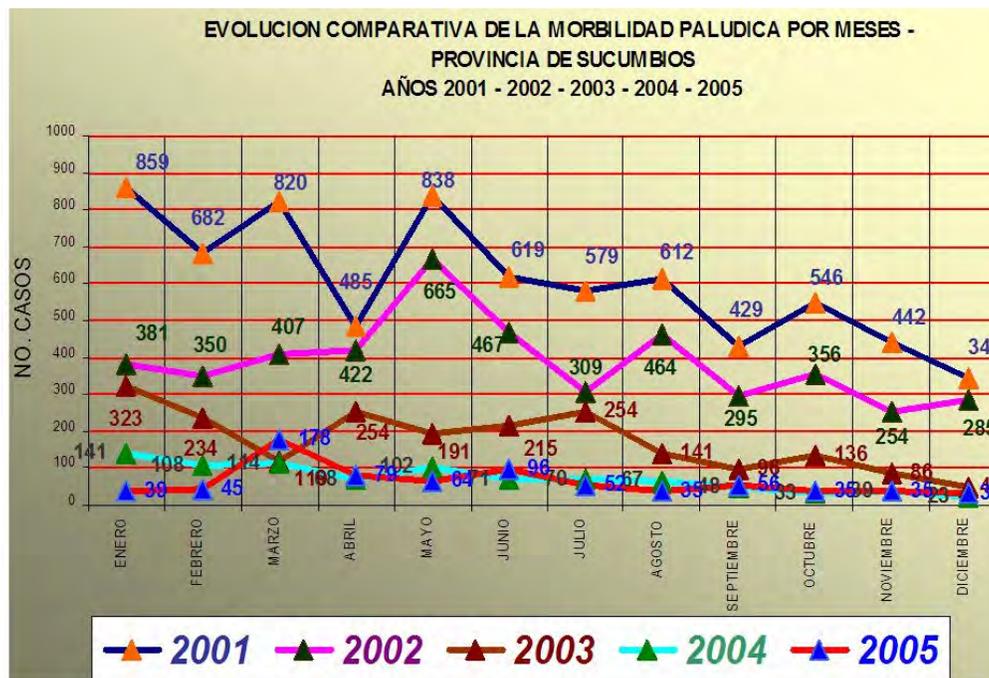
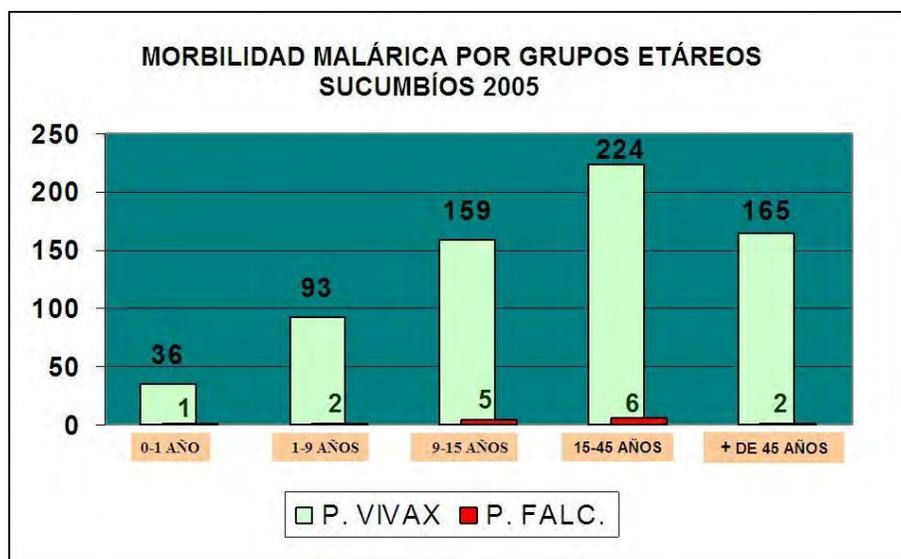


Gráfico No. 4 Morbilidad malárica por grupos etáreos

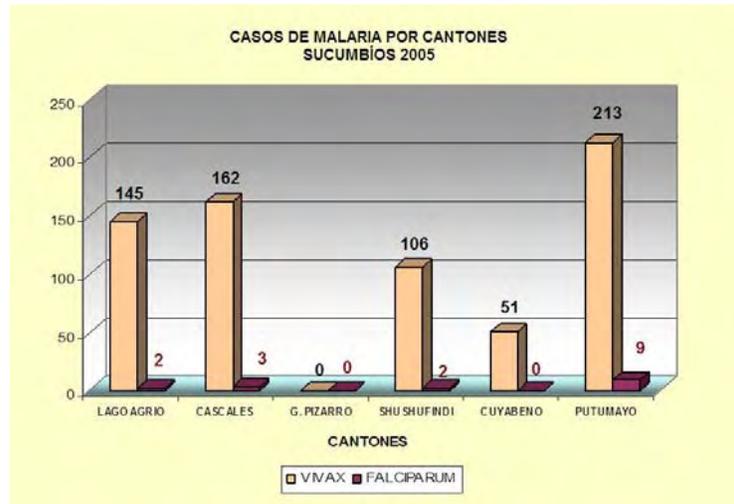


Fuente:

del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM) - Ecuador.

archivo

Grafico No. 5 Casos de malaria por cantones

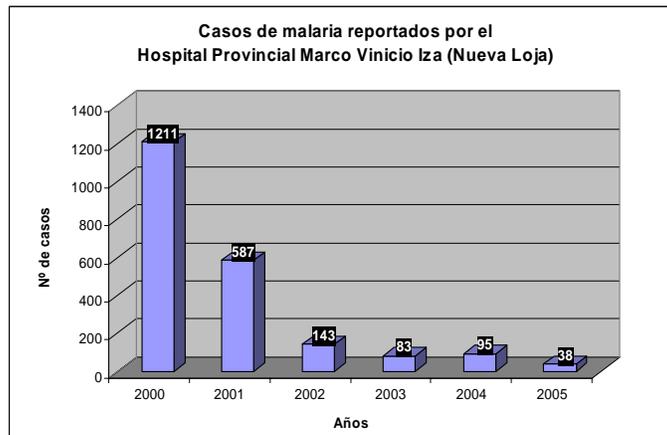


Fuente:

SNEM - Ecuador.

archivo del

Gráficos 6 y 7 Prevalencia de la malaria en los centros de salud de Nueva Loja y Sansahuari.



Fuente: archivo del SNEM - Ecuador.

Diagnóstico Socio-Antropológico

Gráfico No. 7



Fuente: archivo del SNEM - Ecuador

Servicios de salud en Sucumbíos

La provincia de Sucumbíos dispone de una red de 30 unidades operativas adscritas a la Dirección Provincial de Salud –DPSS–, que se encuentran distribuidas por todos los cantones. Entre ellas se cuentan el Hospital Provincial

Marco Vinicio Iza de Nueva Loja y el Hospital Cantonal de Shushufindi. En todas las parroquias existe una unidad operativa de salud, de las cuales, según reportan los funcionarios del área (entrevista funcionario 1, Nueva Loja, 2006), la gran mayoría se encuentra dotada con un médico, una enfermera y un auxiliar actualmente. La estructura de la prestación de servicios está articulada por áreas de influencia, que para el caso específico de Sucumbíos se reparten en dos grandes sistemas: el área 1, que cubre a los cantones de Lago Agrio, Putumayo,

Diagnóstico Socio-Antropológico



Panorama del Hospital Provincial Marco Vinicio Iza, en Nueva Loja.

Hospital Provincial Marco Vinicio Iza

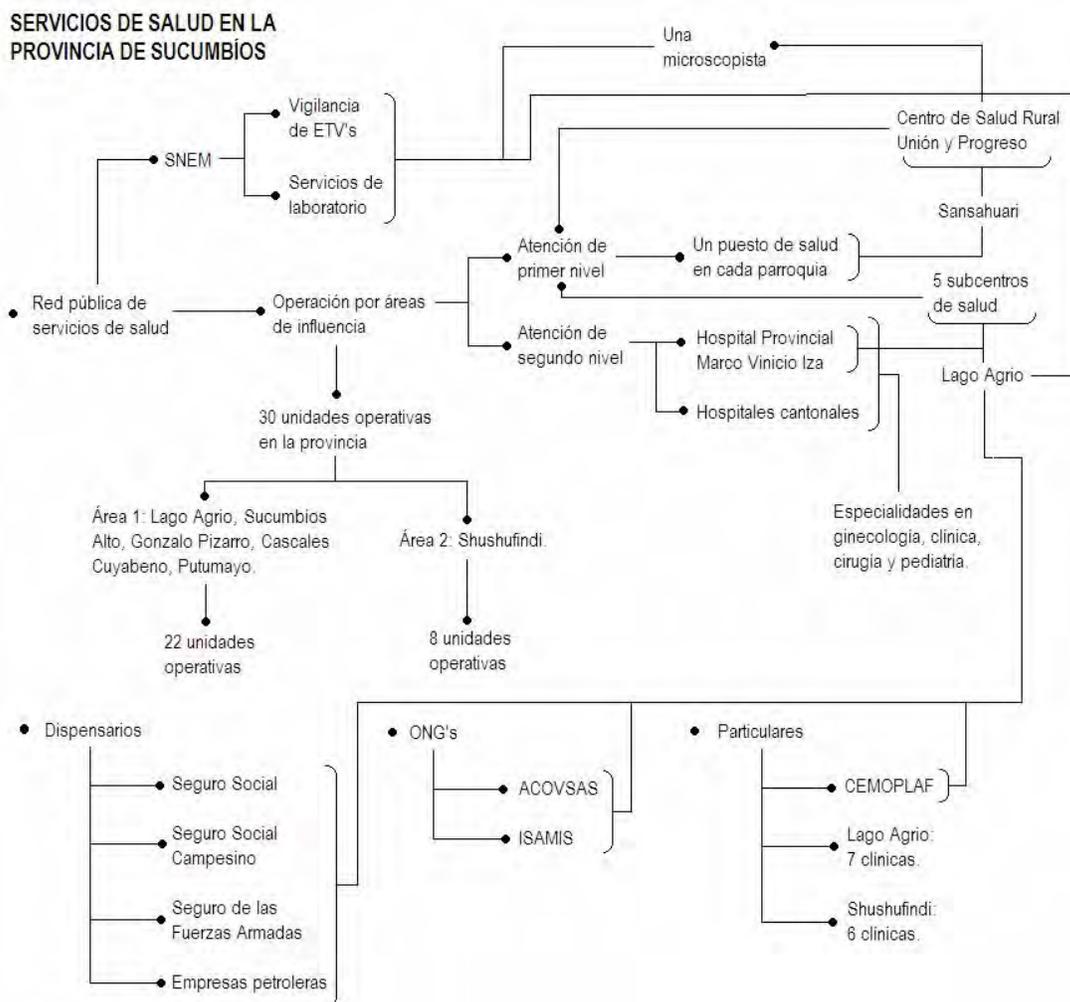
Cuyabeno, Cascales, Sucumbíos Alto y Gonzalo Pizarro, y cuenta con 22 unidades operativas; y el área 2, que cubre al cantón de Shushufindi y cuenta con 8 unidades operativas. En el cantón de Lago Agrio existen 5 unidades o subcentros además del hospital provincial, los cuales prestan atención de primer nivel. Se ubican en las localidades de Santa Cecilia, Puerto Aguarico, General Farfán, Abdón Calderón y Estrella del Oriente. Sansahuari, a su vez, cuenta para atención de primer nivel con el Centro de Salud Rural Unión y Progreso, cuya cobertura se extiende a una población de aproximadamente 1.400 personas –mucho más amplia que la del recinto, por supuesto–. Los hospitales cantonales y el hospital provincial, que se especializan en ginecología, clínica, cirugía y pediatría, son los únicos lugares en los que se presta atención de segundo nivel. La atención de tercer nivel se da exclusivamente en hospitales de ciudades como Quito, puesto que en Sucumbíos no hay unidades facultadas para ello.

Además de la red pública de servicios se cuenta con los dispensarios del Seguro Social, del Seguro Campesino, del Seguro de las Fuerzas Armadas y de las empresas petroleras –ver mapa–. La Iglesia de San Miguel de Sucumbíos –ISAMIS– y la Asociación de Colaboradores Voluntarios de Salud de Sucumbíos –ACOVAS– brindan así mismo atención de primer nivel. Y el Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar –CEMOPLAF,

Diagnóstico Socio-Antropológico

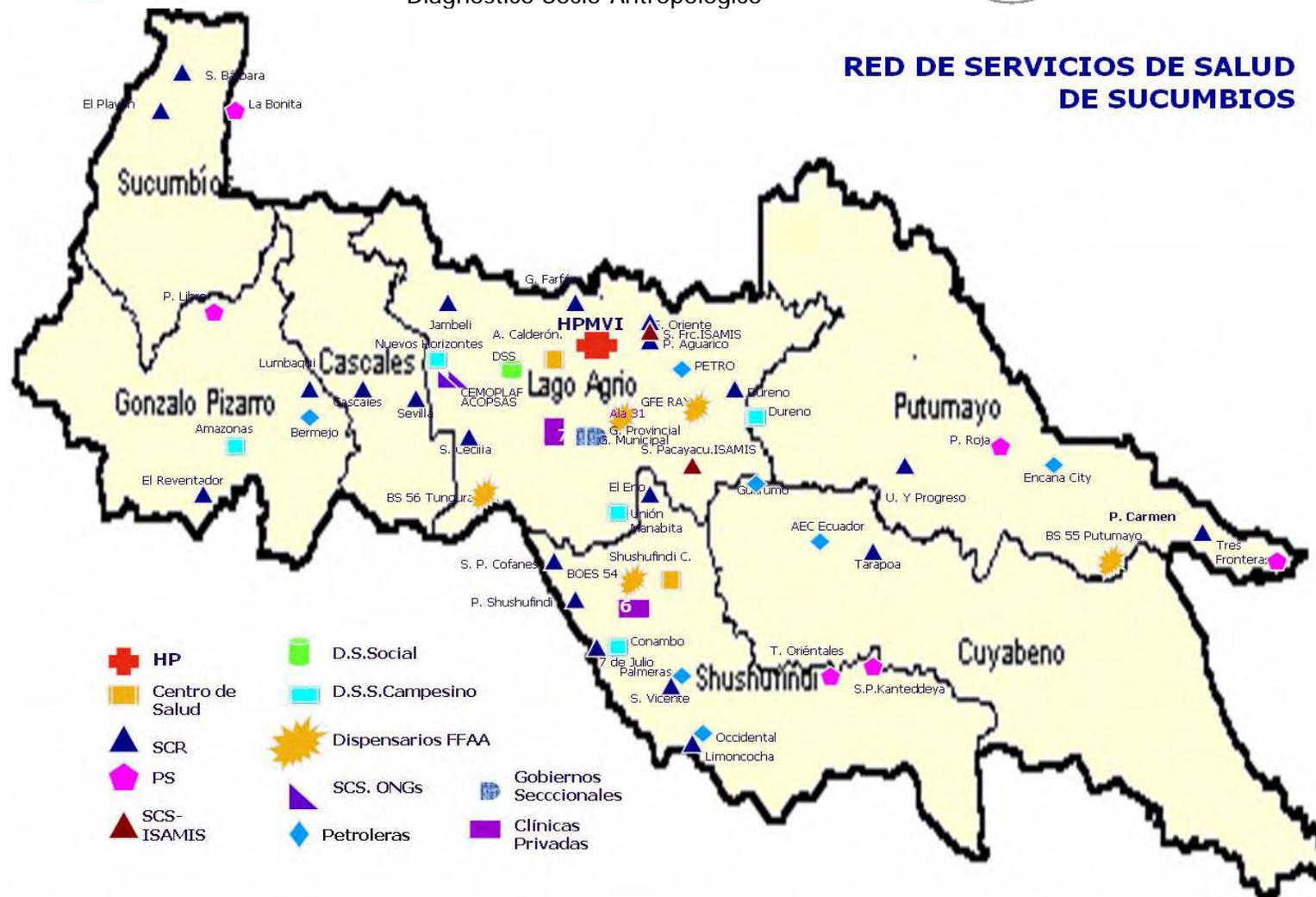
adscrito a EcuSanitas– ofrece atención privada junto con otras 13 clínicas concentradas en Lago Agrio y Shushufindi. La presencia de la jefatura regional del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria –SNEM– facilita la continuidad de la vigilancia en materia de enfermedades transmitidas por vectores, así como la prestación de servicios de laboratorio para la identificación de morbilidad palúdica.

Mapa Conceptual Servicios de Salud en la Provincia de Sucumbíos



Diagnóstico Socio-Antropológico

RED DE SERVICIOS DE SALUD
DE SUCUMBIOS



Fuente: Archivo de la DPSS.



Mapa No 3 Putumayo

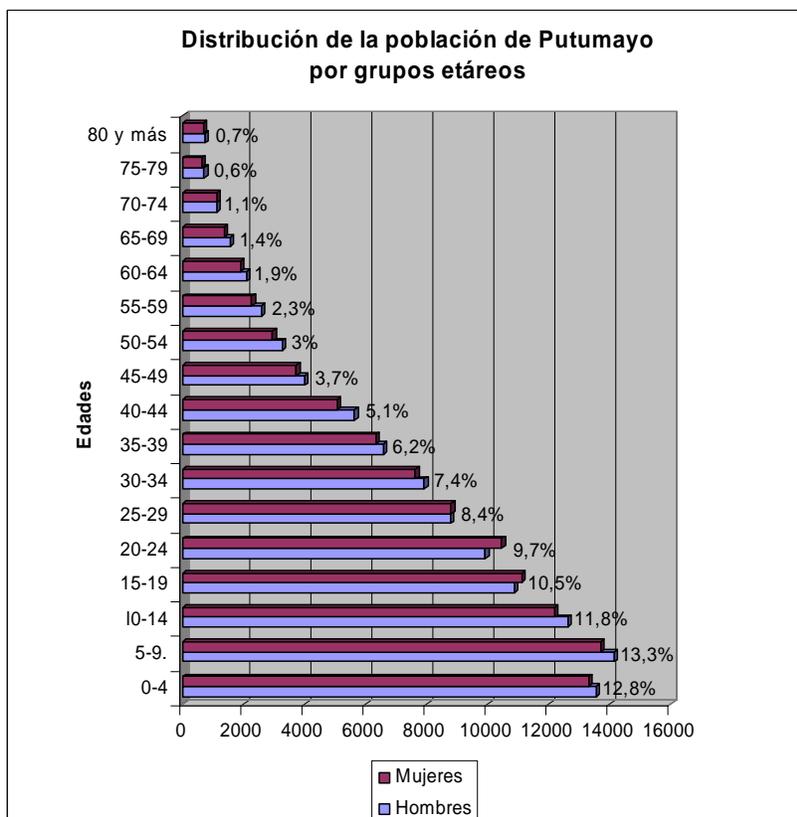
Fuente: Presidencia de la República - Colombia.

Composición étnica de la población

- La población del departamento es mayoritariamente mestiza.
- Putumayo cuenta con la presencia de las comunidades indígenas Sibundoy, Inga, Witoto, Siona, Cofán, Paez, Camsá, Awa, Embera-Catío, Coreguaje y Kichwa, cuyos miembros residen primordialmente en zonas de reserva y resguardos.
- Hay una fuerte presencia de población afrocolombiana en el municipio de Puerto Guzmán.

Grupos etáreos

Tabla No. 11 Distribución de la población de Putumayo

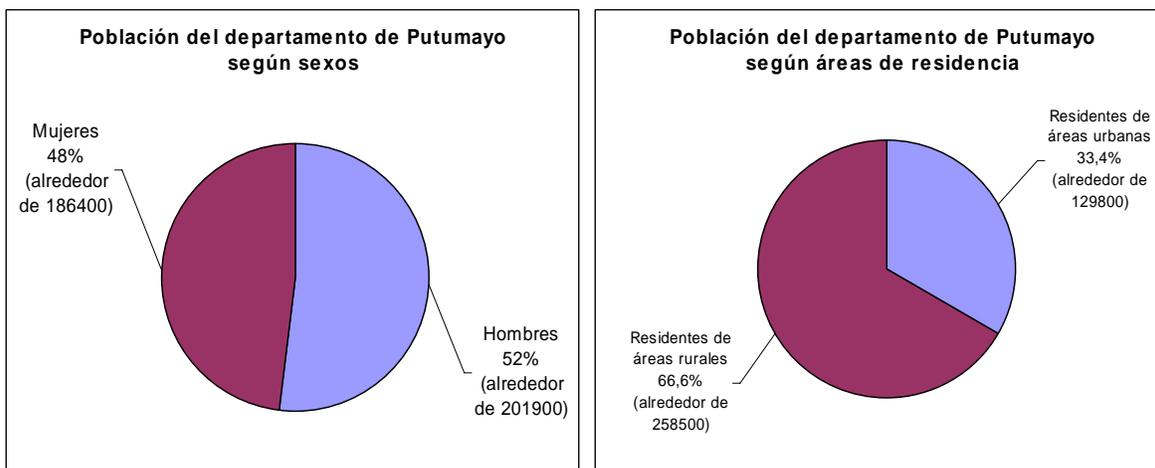


Fuente:

Gobernación

del Putumayo.

Tabla No.12 Distribución poblacional por sexos y áreas de residencia



Diagnóstico Socio-Antropológico

Fuente: Departamento Administrativo de Salud del Putumayo (DASALUD Putumayo).

Economías locales

Tabla No. 13 Actividades económicas

Actividades económicas de mayor relevancia		
Sector primario	Sector secundario	Sector terciario
Agricultura. Maíz, papa, plátano, yuca, piña, chontaduro, caña de azúcar.	Explotación minera. Yacimientos de petróleo.	Comercio.
Ganadería. Grandes excedentes lácteos.	Yacimientos de oro de veta y aluvión.	

*Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) - Colombia;
Gobernación del Putumayo.*

Sistemas de transporte

- En Putumayo los principales medios de comunicación son los ríos. Los puertos fluviales más importantes son el de Puerto Asís y el de Puerto Leguízamo.
- El principal eje vial del departamento es el que comunica a Puerto Asís y Mocoa con el interior del país. Existe otro pequeño tramo de carretera al oriente del departamento entre Taquí y Puerto Leguízamo, que une los ríos Caquetá y Putumayo.
- En el departamento existen dos aeropuertos nacionales, ubicados en Puerto Asís y Orito.

Tabla No.14 Población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)

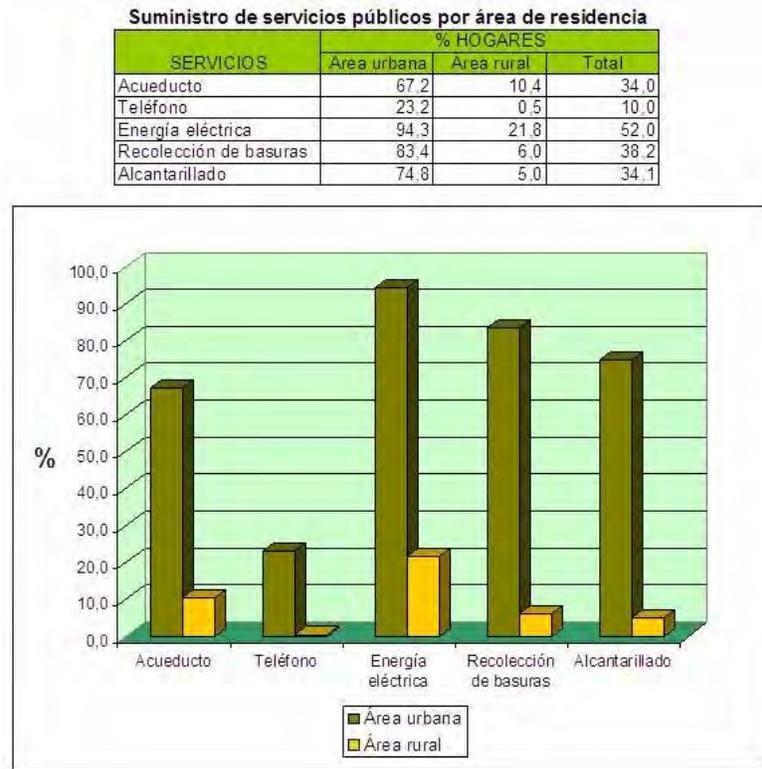
Municipios	% N.B.I.
Mocoa	52,62
Colón	61,48
Orito	78,54
Puerto Asís	71,11
Puerto Caicedo	89,35
Puerto Guzmán	95,2
Puerto Leguízamo	81,28
Sibundoy	50,9
San Francisco	61,69
San Miguel	100
Santiago	100
Valle del Guamuez	93,79
Villagarzón	85,21
TOTAL	78,77

Fuente: DANE - Colombia.

Diagnóstico Socio-Antropológico

Servicios públicos

Tabla No.15 Suministro de servicios públicos



Fuente: Gobernación del Putumayo.

Indicadores educativos

MUNICIPIOS	TASA DE ASISTENCIA ESCOLAR PRIMARIA % POBLACIÓN			TASA DE ASISTENCIA ESCOLAR SECUNDARIA % POBLACIÓN		
	Zona urbana	Zona rural	Total	Zona urbana	Zona rural	Total
Colón	91.7	91.4	91.6	69.3	52.3	62.2
Mocoa	85	86.8	85.4	53.2	41.1	50.9
Orito	92	85.3	87.5	58.1	28.4	38.4
Puerto Asís	84.1	78.2	80.9	46.8	18.5	31.5
Puerto Caicedo	85.2	78.4	80.1	52.1	22.1	30.7
Puerto Guzmán	87.5	63.2	65.8	46.3	10.2	14.4
Puerto Leguizamo	78.7	73	76.4	46	27.4	38.6
San Francisco	92.1	83.3	88.3	67.1	34.6	55
San Miguel	74.7	67.9	69.6	32.3	15.2	19.6
Santiago	93.6	92.8	93.1	65.9	31.4	45.2
Sibundoy	93.3	89.9	92.4	59	29	53.5
Valle del Guamuez	85.5	83.3	84	51.2	21.5	31.4
Villagarzon	89.9	88.9	89.4	59.7	32.9	46.3
TOTAL	86.1	77.8	81.2	52.6	22.4	35.5

Tabla No. 16 Tasa de asistencia escolar primaria y segunda

Fuente: Gobernación del Putumayo.

Diagnóstico Socio-Antropológico

Tabla No. 17 Analfabetismo en la población.

CONDICIÓN DE ANALFABETISMO DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 15 AÑOS			
MUNICIPIO	% POBLACIÓN		
	Área urbana	Área rural	Total
Colón	4.0	6.2	4.9
Mocoa	5.0	7.7	5.5
Orito	5.3	8.3	7.2
Puerto Asís	9.7	14.7	12.5
Puerto Caicedo	6.6	8.6	8
Puerto Guzmán	7.9	10.6	10.3
Puerto Leguízamo	8.7	11.8	9.9
San Francisco	4.5	4	4.3
San Miguel	5.8	8.7	7.9
Santiago	4.7	7.8	6.6
Sibundoy	3.5	3.9	3.6
Valle del Guamuez	5	6.3	5.9
Villagarzón	5.2	26.4	15.7
TOTAL	6.1	10.5	8.5

Fuente: Gobernación del Putumayo.

Indicadores de salud

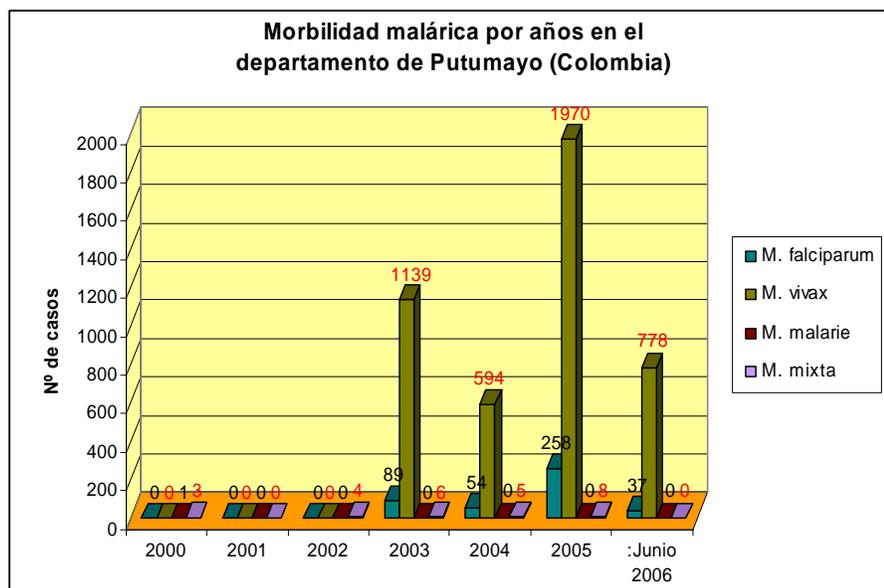
Tabla No. 18 Indicadores en salud

Esperanza de vida al nacer	General: 62 años. Hombres: 58.3 años. Mujeres: 64 años.
Tasa de natalidad	9.71 por 1.000.
Tasa de mortalidad infantil	25.9 por 1.000.
Tasa de mortalidad neonatal precoz	10.1 por 1.000.
Tasa de mortalidad materna	1.5 por 1.000.
Tasa de mortalidad general	2.62 por 1.000.

Fuente: DASALUD Putumayo.

Prevalencia de la malaria

Tabla No. 19 Morbilidad malárica 2000-2006



Fuente:

Instituto Nacional de Salud (INS) - Colombia.

Servicios de salud en Putumayo

Tabla No. 20 Población y servicios de salud

MUNICIPIO	POBLACIÓN SISBENZADA POR ÁREAS DE RESIDENCIA			RELACION DE AFILIADOS AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO		
	URBANA	RURAL	TOTAL	ESTADO DE AFILIACIÓN		TOTAL
				Activos	Suspendidos	
Colón	2409	1510	3919	200	22	222
Mocoa	17811	3989	21800	7.970	1.188	9.158
Orito	8059	15060	23119	2.482	1.657	4.139
Puerto Asís	16564	20802	37366	8.267	3.465	11.732
Puerto Caicedo	2565	6339	8904	156	7	163
Puerto Guzmán	2300	17929	20229	178	33	211
Puerto Leguízamo	7533	5008	12541	653	189	842
San Francisco	3159	2055	5214	89	11	100
San Miguel	4161	11669	15830	531	30	561
Santiago	2034	3008	5042	63		63
Sibundoy	7850	2791	10641	1.729	356	2.085
Valle del Guamuez	10172	20693	30865	1.577	102	1.679
Villagarzón	6921	7132	14053	947	37	984
TOTAL	91538	117985	209523	24.842	7.097	31.939

Fuente: Gobernación del Putumayo.

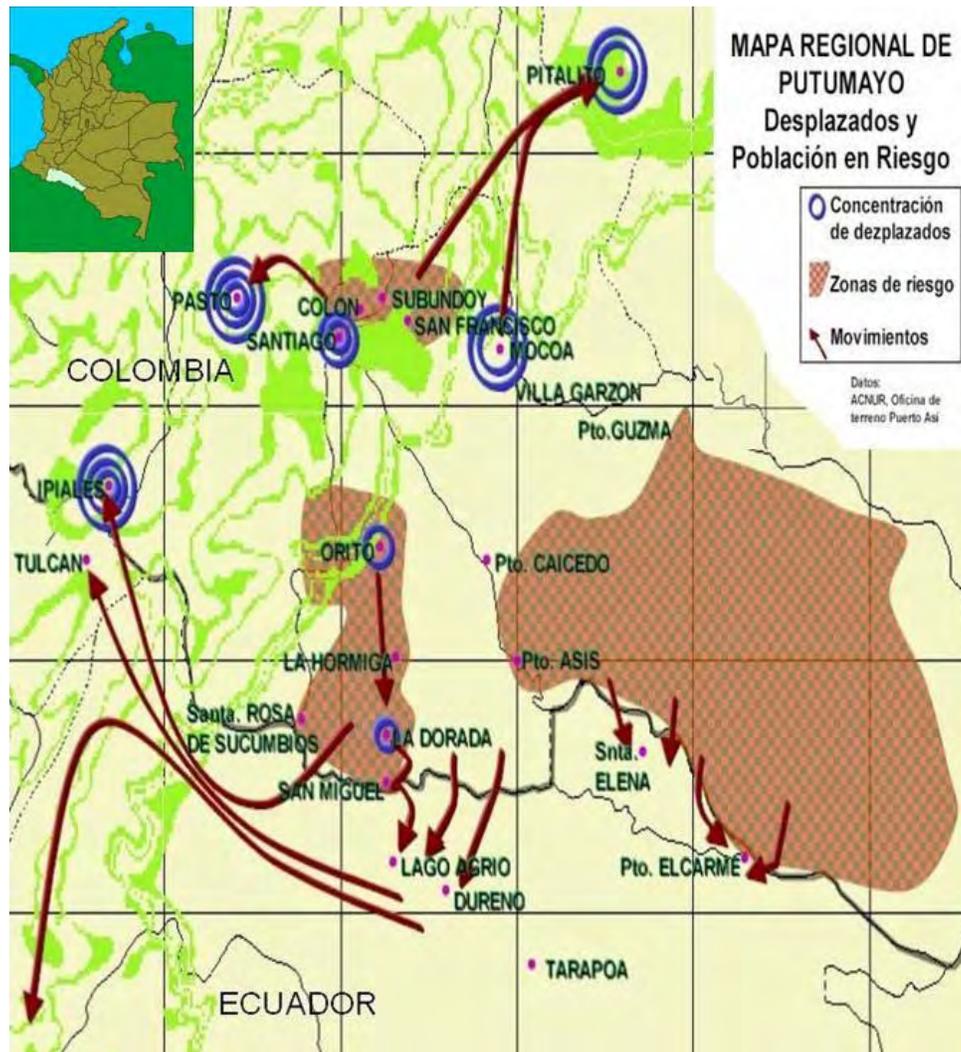
El departamento de Putumayo cuenta con 11 hospitales, 7 centros de salud, 65 puestos de salud y 253 centros de atención de diferentes modalidades vinculados al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF–.

2. DINAMICAS SOCIALES ZONA HOMOGENEA SUCUMBIOS-PUTUMAYO

Interacciones en la frontera.

Aun cuando las localidades en las que se llevó a cabo el presente estudio no están comprendidas propiamente en un área de frontera viva, existen ciertas cuestiones que conviene resaltar en lo referente al tipo de vínculos establecidos entre ecuatorianos y colombianos en la región. En primer lugar, debe tenerse en cuenta que el departamento de Putumayo se encuentra sumido en una férrea disputa entre el Ejército Nacional, las Autodefensas Unidas de Colombia –AUC– y las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia –FARC–, siendo una de las regiones que presenta la mayor cantidad de áreas sembradas con cultivos ilícitos en el país. Dada la crítica situación de orden público por la que atraviesa el departamento, buena parte de sus habitantes se han visto obligados a desplazarse a otras áreas de Colombia como Huila y Pasto, y por supuesto, a áreas como la provincia de Sucumbíos en Ecuador –para julio del 2005 Putumayo contaba con 30.908 personas en condición de desplazamiento forzado–. Actualmente existe una importante concentración de desplazados colombianos en la ciudad de Nueva Loja, que cuentan con el apoyo del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados –ACNUR–.

Diagnóstico Socio-Antropológico



Fuente: United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs.

Mapa No. 4 regional de Putumayo

El conflicto colombiano, ahora bien, muchas veces ha sobrepasado la frontera, habiendo una cierta presencia de los miembros de los grupos armados ilegales en territorio ecuatoriano. Éstos ingresan al vecino país ocultándose de las fuerzas militares colombianas, y en ocasiones, según indican miembros de la comunidad local (entrevista comunidad 1, Sansahuari, 2006), entablan amenazas directas contra ellos mismos. Dicha situación se suma a los problemas sanitarios ocasionados por las fumigaciones con glifosato –de las cuales se hablará más adelante– y a las tensiones provocadas

Diagnóstico Socio-Antropológico

recientemente por los combates acaecidos en la frontera, que pusieron entredicho la soberanía aérea de Ecuador –es por eso que hoy en día los aviones de la Fuerza Aérea Ecuatoriana patrullan el territorio de Sucumbíos regularmente–.

Los flujos de intercambio poblacional en la frontera, así pues, se dan más que todo de Colombia a Ecuador, y no a la inversa. Ello se explica también por el impacto de la dolarización de la moneda ecuatoriana en años recientes, que elevó notablemente el costo de la vida en todo el país. Antes de la dolarización muchos ecuatorianos solían ir a territorio colombiano a trabajar, dadas las ganancias que ofrecía el cambio de moneda. Ahora, sumándose a la situación de violencia por la que atraviesa Putumayo, el paso a territorios colombianos no ofrece mucho atractivo económico para los ecuatorianos. Sin embargo, la comunidad ecuatoriana mantiene un contacto permanente con las realidades que presentan los medios de comunicación colombianos –televisión y radio–, que en muchas partes de la provincia –entre ellas Sansahuari– son los únicos que tienen cobertura.

Condiciones de los servicios de salud y sistemas de aseguramiento en Sucumbíos.

Los principales proveedores de servicios de salud en la provincia son –de acuerdo con la recurrencia de su uso– los centros de la red pública, el SNEM, las tiendas y farmacias comunes –que brindan entre otros materiales para automedicación–, y las clínicas y médicos particulares. Por cuanto se refiere a los sistemas de seguridad en salud se cuenta en primer lugar con el Seguro Social, que cubre a trabajadores vinculados a distintas entidades del orden público y privado. También se cuenta con el Seguro Campesino, el Seguro de las Fuerzas Militares y Policía, y diversos dispensarios del gremio petrolero –adscritos a empresas varias–. Son escasas las personas que tienen acceso a este tipo de seguros, aunque debe considerarse que el esquema de prestación de servicios de la red de salud pública está orientado hacia la cobertura por áreas de influencia poblacional, y no hacia la cobertura por sistemas de afiliación a servicios. Es claro, de cualquier manera, que no hay cobertura en seguridad social para trabajadores independientes, quienes representan la mayor parte de la población. La cobertura del Seguro Campesino también

Diagnóstico Socio-Antropológico

es escasa, como se ve en Sansahuari, una zona donde sólo hasta fechas recientes se ha empezado a gestar su implementación.

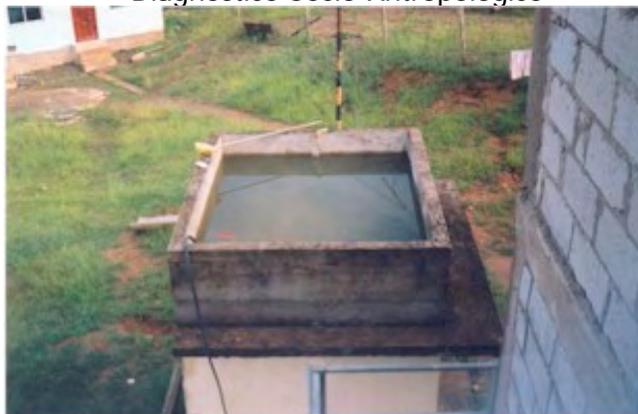
La red pública de salud, ahora bien, ofrece atención gratuita sólo para mujeres en proceso de maternidad, niños menores de 5 años y consultas relativas a planificación familiar –esto en virtud de la ley de maternidad gratuita y atención a la infancia–. En el resto de los casos se debe pagar 50 centavos para cubrir costos de recuperación –aunque muchos denuncian que se suele cobrar más–, sin contar el valor de las medicinas requeridas. Sea que se recurra a unidades operativas de la red pública o a clínicas particulares, los gastos en medicamentos generalmente deben cubrirse por cuenta propia.

En las unidades operativas de la red pública, por otro lado, predomina la escasez de recursos y personal. El Hospital Provincial Marco Vinicio Iza presenta congestión constante. El Centro de Salud Unión y Progreso, a pesar de tener buenas instalaciones – fue financiado por Petroecuador–, tiene un personal escaso e inestable, sin nombrar que presenta notables carencias en equipos de comunicación y en materiales para trabajo de laboratorio. Actualmente, empero, ofrece la ventaja de tener vinculada una microscopista residente en el pueblo.

Aspectos relativos a la identificación de problemas de salud.

Muchas personas en Sucumbíos consideran que el empleo de aguas lluvias para consumo es riesgoso porque éstas traen consigo los residuos derivados de la explotación petrolera, mas no optan por abandonar dicha práctica dado que no identifican fuentes confiables de agua a su alcance. Igual situación aplica para el agua extraída a través de pozos subterráneos, cuya ingesta se reconoce como nociva dado su alto contenido de hierro y otras sustancias. Gran parte de la población, en especial aquellas personas que trabajan en el campo o tienen tierras en las inmediaciones de la frontera, identifica también el Plan Colombia y las fumigaciones con glifosato en general como factores perjudiciales para la salud. Su impacto se asocia con la aparición de granos y ampollas en la piel –e incluso con su caída–, con enfermedades acaecidas a los animales y con el deterioro de los suelos y los cultivos.

Diagnóstico Socio-Antropológico



Recolección de aguas lluvias en una casa de Sansahuari.

Recolección de aguas lluvia en una casa de Sansahuari

Cabe destacar que entre las personas entrevistadas para el presente estudio son los jóvenes –de 15 a 25 años de edad– quienes muestran el menor nivel de conocimiento de las formas de contagio de la malaria y de su incidencia en la región. Empero, no es preciso establecer conclusiones apresuradas, ya que la proporción de dichas personas con relación al tamaño total de la muestra es significativamente reducida. Se trata de un hecho que merece consideración, claro está, de cara a la baja calidad de la enseñanza y del aprendizaje que caracteriza al sistema educativo provincial, y de cara a la proyección futura de los programas de promoción y prevención oficiales.

Malaria, servicios públicos y dinámicas poblacionales.

Uno de los factores que más favorece la prevalencia de la malaria en Sansahuari y Nueva Loja es la precariedad de los sistemas de alcantarillado existentes. En Nueva Loja, por ejemplo, gran parte de las zonas públicas está expuesta de continuo al estancamiento de aguas dada la abundancia de terrenos pantanosos y la falta de redes de evacuación eficaces –generalmente no hay comunicación entre las calles y los esteros para el vertimiento de aguas lluvias–. En la mayoría de los barrios no se cuenta con andenes pavimentados y el espacio entre las casas se encuentra lleno de vegetación. Además, la red de alcantarillado sólo cubre una reducida porción de los hogares, los cuales suelen estar desprovistos de medios apropiados para la evacuación de las aguas lluvias que caen en su interior. En Sansahuari, por su parte, aún no se ha implementado una red de

Diagnóstico Socio-Antropológico

alcantarillado, y muchas de las letrinas que los habitantes han dispuesto desaguan directamente en la calle. La naturaleza pantanosa del terreno, sumada a las precarias condiciones de vivienda y a las inundaciones que se desatan regularmente con las lluvias³¹, son factores que ponen a la población en riesgo constante de adquirir malaria. Y aún a pesar de que la población que reside o trabaja en el campo sigue estando comparativamente más expuesta a los vectores, las situaciones de riesgo no se reducen significativamente en la ciudad dadas las malas condiciones de vivienda y las limitaciones en la infraestructura vial y de servicios.



Estancamiento de Agua en Sansahuari luego de una lluvia

Cabe mencionar así mismo que, si bien los hombres se encuentran mayoritariamente vinculados a las labores agropecuarias en la región, gran cantidad de mujeres acude a los ríos y esteros –es decir, a las zonas rurales– para lavar ropa. Esto, sumado a la similitud de las condiciones de vulnerabilidad en las zonas urbanas y en el campo, hace que no haya mucha distancia entre mujeres y hombres en cuanto al riesgo de contraer paludismo. Debe señalarse también que el panorama de impacto de la malaria en Sucumbios se hace más complejo por cuanto existe una alta movilidad poblacional. Históricamente la región

³¹ Algunas familias se encuentran instaladas en una pendiente, donde las condiciones para el estancamiento del agua resultan menos favorables. Empero, no dejan de verse afectadas por las múltiples condiciones de riesgo que imperan en la zona.

Diagnóstico Socio-Antropológico

se ha configurado al ritmo de la explotación petrolera, atrayendo flujos poblacionales de distintas zonas de Ecuador e incluso de Colombia. Hoy en día sus habitantes mantienen un intercambio regular con otras regiones, así como entre las áreas urbanas y rurales a nivel interno –sin contar que existe un flujo permanente de actividad turística–. Todas estas cuestiones hacen imposible mirar la prevalencia de la malaria como un fenómeno hermetizado en la región.



Vista de una calle en el barrio San Valentín, en Nueva Loja.

Vista de una calle en el barrio San Valentín, Nueva Loja

Diagnóstico Socio-Antropológico



Vista de un estero en el centro de la Nueva Loja

Programas de promoción y prevención y percepciones circundantes.

Los ámbitos de promoción en los que las autoridades de salud de Sucumbíos han puesto mayor énfasis se remiten a problemas epidemiológicos de alto impacto como el dengue y la malaria. El SNEM ha venido realizando fumigaciones periódicas y entregas de toldillos y materiales para el tratamiento del agua en las distintas poblaciones, promoviendo también la ejecución de mingas de limpieza en coordinación con los líderes locales. Además ha llevado a cabo capacitaciones a estudiantes, promotores de salud y miembros de la comunidad en general. Cabe resaltar que, si bien la institución genera bastante confianza entre la población como proveedora de atención contra la malaria, así mismo existen profundas inconformidades con relación a la cobertura de su agenda preventiva. Muchas personas recalcan que ha habido incumplimiento en la entrega de toldillos y que no se han llevado a cabo fumigaciones con suficiente regularidad en sus sectores de residencia –no faltan los rencores personales hacia institución por discriminación en el ejercicio de sus programas–.

Diagnóstico Socio-Antropológico

En cuanto respecta a la DPSS, actualmente se encuentra llevando a cabo un programa de educación para la salud dirigido a alumnos de quinto año de secundaria. A los alumnos se les capacita en distintos temas, enfatizando en los problemas de mayor incidencia en la región para que así puedan servir como divulgadores a nivel de la comunidad. Hasta el momento las cuestiones que más se han tratado son el dengue y la malaria, aunque en la actualidad se está elaborando un plan de educación para el SIDA. Otro de los programas de prevención que maneja la DPSS se remite a la ejecución periódica de brigadas médicas, las cuales tienen entre otros de sus beneficiarios a los miembros de las comunidades indígenas. Sin embargo, debe subrayarse que la cobertura en salud para este sector de la población es sumamente precaria, predominando el subregistro en indicadores, como se vio anteriormente. La Dirección Provincial, por lo demás, ha coordinado también la implementación de un programa ampliado de inmunizaciones y de campañas como la Jornada de las Américas, que se llevó a cabo recientemente. Dirigida a niños menores de 5 años y a mujeres en edad fértil, dicha campaña proporcionó cobertura para enfermedades como la tuberculosis, la difteria y los tétanos, la meningitis, el sarampión y la rubéola, las paperas, la poliomielitis y la fiebre amarilla, entre otras.



Cartel de divulgación en una tienda Sansahuari.

Cartel de divulgación en una tienda Sansahuari

Diagnóstico Socio-Antropológico

Claro está que los programas de prevención y promoción dispuestos por las autoridades de salud provinciales no siempre se han desarrollado satisfactoriamente. En Sansahuari, por ejemplo, tuvo que suspenderse un programa contra la tuberculosis dada la falta de materiales adecuados para la labor. Los procesos de participación han sido limitados y la visibilidad de los materiales de divulgación para la prevención de enfermedades como el dengue y la malaria ha sido escasa. Esto sin contar que existen irregularidades en los procesos de vigilancia sanitaria, como refleja el hecho de que a los establecimientos surtidores de alimentos muchas veces no se les aplique ningún tipo de inspección, aunque sí se les exija la cancelación de cuotas periódicas de dinero para su funcionamiento.

Merece nombrarse, finalmente, que si bien el concepto imperante de las entidades de la red pública de salud tiende a ser paternalista en gran parte de los casos, las percepciones oficiales de la iniciativa comunitaria en materia de prevención no son siempre las mejores. Según los funcionarios del área de salud, la población espera que sean ellos los que hagan todo el trabajo de prevención, sin contar que hay bastante proclividad a desatender las instrucciones que imparten al respecto (entrevista funcionarios 3, Nueva Loja, 2006).

Participación social y niveles de organización comunitarios.

Aun cuando en Sucumbíos existen iniciativas destacables en materia de salud por parte de la comunidad, la participación global en materia de promoción y prevención no es del todo satisfactoria. Muchas personas se limitan a acudir a las jornadas de fumigaciones y entrega de toldillos que lleva a cabo el SNEM. En Lago Agrio, claro está, ha habido una cierta coordinación para el control de la malaria a nivel de los barrios. Los líderes de la Federación de Barrios del cantón, en sintonía con el SNEM, han llevado a cabo capacitaciones enfocadas a reconocer los factores de riesgo y las formas de prevención de la malaria, y han realizado mingas para la recolección de desechos –aunque muchas veces no han contado con suficiente colaboración por parte de la población, según dicen–. Se han organizado en pos de facilitar la identificación y la atención oportuna de casos singulares de paludismo, así como la fumigación de los sectores donde éstos se presentan y el suministro de materiales para el aseguramiento del agua. Se considera que los efectos

Diagnóstico Socio-Antropológico

de sus labores han sido notables puesto que la malaria ya no incide tanto en el cantón y hay más control de los elementos de riesgo por parte de la ciudadanía (entrevista comunidad 17, Nueva Loja, 2006). Además, existe la posibilidad a futuro de que también se aborden medidas para la prevención de la fiebre amarilla –hasta ahora los únicos temas que se han tratado son el dengue y el paludismo–.

Cabe mencionar que muchos de los barrios de Nueva Loja, al igual que Sansahuari, cuentan con un comité de promotores de salud. Las personas que conforman estos grupos están encargadas de procurar la debida atención de los miembros de la comunidad cuando se requiere, así como la solución de los problemas de salud colectivos. Empero, su capacitación muchas veces es deficiente, y sus gestiones muchas veces no tienen una orientación preventiva. Ha habido de todas formas iniciativas sobresalientes como la del barrio San Valentín en Nueva Loja, donde se ha implementado un pequeño botiquín con recursos en su mayor parte de la comunidad. Se espera que en el futuro, y con la ayuda de la Dirección Provincial de Salud, el botiquín pueda convertirse en un centro de atención como tal. En la actualidad cuenta con una doctora y una enfermera, además de una amplia dotación de medicamentos. La consulta tiene un valor de 50 centavos, que sirven para el soporte del personal a cargo.

Ahora bien, quizás la iniciativa más grande a nivel de la comunidad sea la de la Asociación de Colaboradores Voluntarios de Salud de Sucumbíos –ACOVAS–. Conformada por líderes de la provincia, ACOVAS ofrece atención de primer nivel, que comprende el desarrollo de brigadas médicas regulares en sus 58 comunidades filiales. Cuenta con un centro de salud en Nueva Loja, donde se prestan servicios de medicina general, obstetricia, odontología, enfermería y farmacia. La asociación se sustenta con recursos de Petroecuador y con el dinero que se obtiene por concepto de las consultas atendidas, cuyo valor es mínimo –sólo cubre costos de recuperación–. Existe además otra iniciativa a nivel de salud por parte de la Iglesia de San Miguel de Sucumbíos –ISAMIS–, que dispone de un centro de primer nivel también en Nueva Loja. Allí se brindan servicios de medicina general, obstetricia,

Diagnóstico Socio-Antropológico odontología, enfermería, vacunación y laboratorio. No se cuenta con suficiente personal para realizar brigadas médicas, aunque a todos los pacientes que acuden al centro se les capacita en pre y posconsulta sobre el manejo de sus enfermedades y sobre el modo de prevenirlas (entrevista funcionarios 4, Nueva Loja, 2006). El puesto de atención se sustenta con fondos de las Hermanas Carmelitas y con el dinero que se recauda por concepto de consultas. Al igual que el de ACOVSAS, provee información estadística de casos atendidos a la Dirección Provincial.

Debe subrayarse, finalmente, que si bien en Nueva Loja la participación social en materia de salud es escasa, en Sansahuari resulta prácticamente inexistente. La única labor que refleja un cierto empoderamiento en la actualidad se remite a la gestión para la implementación del Seguro Social Campesino en la población –labor que se encuentra a cargo de unas pocas personas–. No hay iniciativas en promoción y prevención, como tampoco presencia de ONG's.

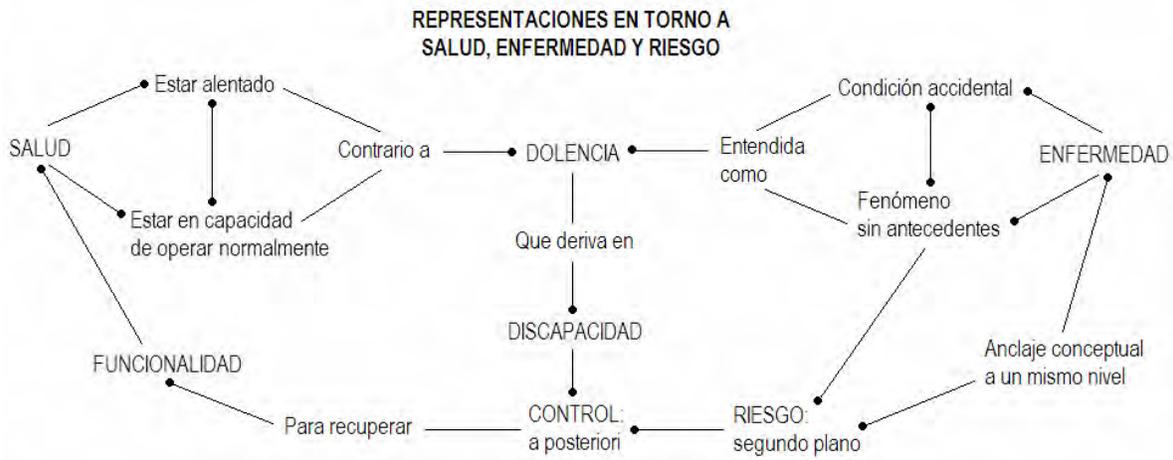
3. CULTURA DE LA SALUD ZONA HOMOGENEA SUCUMBIOS-TUMBES

Representaciones en torno a salud, enfermedad y riesgo

Al explorar las nociones de salud imperantes entre la población de Nueva Loja y Sansahuari es fácil notar que existe una recurrente tendencia a pensar en términos funcionalistas. El buen estado de salud se relaciona fundamentalmente con el “estar alentado” (entrevistas comunidad 3, 6, 9, 15, Nueva Loja; 27, 32, 38, 41, Sansahuari; 2006), con el sentirse bien y el poder desempeñarse de manera efectiva en todos los ámbitos de la vida diaria. Claro está que esta representación no se remite exclusivamente al estar habilitado para el trabajo, aun cuando ello figura entre las prioridades mencionadas. Estar alentado significa tener una capacidad operativa total, o en otras palabras, “tener todos los ánimos completos” (entrevista comunidad 13, Nueva Loja, 2006). Implica a grandes rasgos no sentir dolencias, poder moverse, poder laborar y estar de buen ánimo. Por supuesto, en algunos casos existe el concepto de que puede haber enfermedades sin

Diagnóstico Socio-Antropológico

Mapa Conceptual de Representaciones Sociales de la Salud la Enfermedad y el Riesgo



reconocer aún sintiéndose bien y teniendo plena facultad de acción, pero de todas formas prevalece la confianza en las manifestaciones funcionales como indicadores últimos del buen estado de salud. Sólo algunas personas –entre ellas las que cuentan con un nivel educativo relativamente alto– acuñan expresiones como “estar bien física y mentalmente” (entrevista comunidad 16, Nueva Loja, 2006) o “tener un adecuado desarrollo físico, psicológico y emocional” (entrevista comunidad 11, Nueva Loja, 2006) a la hora de definir la salud.

La enfermedad, a su vez, se tiende a concebir como algo accidental, como un fenómeno muchas veces sin antecedentes que sólo se controla a posteriori. Se identifica como problema cuando priva a la persona de sus funciones normales, cuando la incapacita para caminar, comer, trabajar o cumplir con sus rutinas cotidianas en general. Además de la invalidez la enfermedad se manifiesta en decaimiento, falta de ánimo –o también, “dejadez” (entrevista comunidad 15, Nueva Loja, 2006)–, frustración y depresión.

Diagnóstico Socio-Antropológico

En lo referente al riesgo, su percepción muchas veces queda en segundo plano dado el predominio mismo de la mirada accidental de la enfermedad. Puesto que ésta se interpreta como un fenómeno que sucede de golpe, no queda mucho espacio para la representación del riesgo como una condición previa al desarrollo de la dolencia. El anclaje conceptual de la enfermedad y el anclaje conceptual del riesgo se dan comúnmente a un mismo nivel.

Factores de impacto identificados por la población

Las enfermedades que se reconocen como de mayor impacto en la región son el paludismo³², el dengue, la fiebre común y las infecciones parasitarias y respiratorias –las enfermedades de transmisión sexual no suelen ser concebidas como un problema de relevancia en la región–. Las afecciones parasitarias, cuya manifestación típica es la diarrea, se asocian más que todo con la baja calidad del agua que se emplea para consumo, bien se obtenga a través de redes de acueducto, pozos subterráneos o esteros. Muchas personas tratan el agua con cloro y la hierven, pero muchas otras no –aun cuando identifican el consumo de agua sin tratar como un factor de riesgo para la salud–. Generalmente no se hierve el agua porque se considera que su sabor se torna desagradable al hacerlo, o bien no se reconoce su tratamiento como prioridad dada la habituación imperante a las infecciones en cuestión, a sus factores de riesgo y al uso regular de antiparasitarios como medida de control primaria –condiciones que se entrecruzan con la expectativa puesta en las autoridades de salud como proveedoras de herramientas de prevención–. Las enfermedades respiratorias, por su parte, tienden a vincularse con los cambios bruscos en el clima –lluvias repentinas– y con la contaminación ambiental, particularmente aquella que proviene de la industria petrolera. La exposición a la humedad es uno de los problemas que más se asocia con la fiebre, entre tanto la explotación petrolera se asocia no sólo con la contaminación del aire, sino también con la del agua –véase la sección de dinámicas sociales–.

³²

Sólo al término ‘paludismo’ se le acostumbra dar una connotación patológica. El término ‘malaria’ se utiliza más que todo para referirse al SNEM.

Diagnóstico Socio-Antropológico

Los niños, ahora bien, son caracterizados como los más vulnerables a adquirir enfermedades –en particular fiebres e infecciones parasitarias– ya que carecen de suficientes defensas y que permanecen expuestos a todo tipo de bacterias mientras juegan. Las mujeres suelen proyectarse en segundo lugar de vulnerabilidad dada su asociación con la procreación, y en algunas ocasiones con las enfermedades de transmisión sexual –se conciben como depositarias de las mismas–.

A continuación se enfatizarán ciertas cuestiones sobre la percepción y el tratamiento de la malaria y la fiebre con miras a entender en qué medida operan como problemas para la población estudiada.



Mapa Conceptual de dinámicas relacionadas con las enfermedades parasitarias

Malaria y riesgo

En cuanto concierne a la malaria, la mayor parte de las personas tiende a representarla de manera retrospectiva. Consecuentemente con la trayectoria de su prevalencia a nivel regional, se le suele ver como un fenómeno de alto impacto en el pasado, aunque no se descarta la posibilidad de su ocurrencia en el presente. Muchas personas dicen haber contraído malaria o haber sido testigos de casos de contagio entre sus familiares años atrás –y algunas veces meses atrás–, pero ninguna reporta casos de contagio en la actualidad –sólo una de las personas entrevistadas afirmó tener sospechas de que un familiar suyo estuviera contagiado–. Así pues, la malaria es percibida como un problema hasta cierto punto controlado, cuyos factores de riesgo pese a todo siguen latentes. Hay un conocimiento generalizado de los síntomas que produce, bien sea por experiencia propia o a través de medios de difusión oficiales o no oficiales. Se le identifica predominantemente como una enfermedad transmitida por zancudos no susceptible de adquirirse mediante el contacto con individuos contagiados. Sólo algunas personas ignoran su presencia en la región o bien la asocian con el dengue, y muy pocas desconocen la forma en que se transmite –en ciertos casos la vinculan con infecciones parasitarias, aunque esto no es muy frecuente–.

Diagnóstico Socio-Antropológico



Aguas estancadas en viviendas de Sansahuari luego de una lluvia.

Estancamientos de agua en casas de Sansahuari

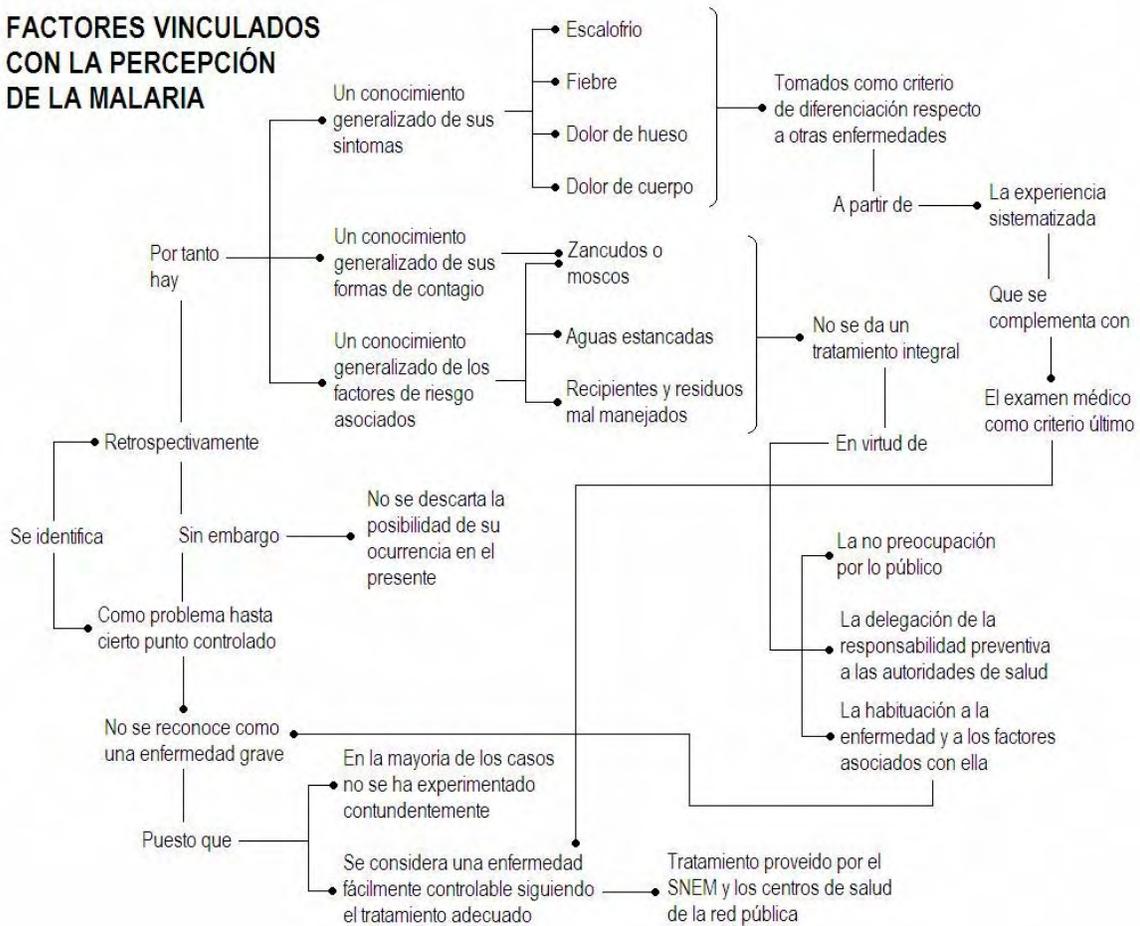
Por otro lado, la mayor parte de la población identifica las aguas estancadas y los recipientes y residuos mal manejados como factores de riesgo, además de los zancudos. Las medidas preventivas más comunes son el uso de toldillos, la ejecución de fumigaciones regulares y la aplicación de cloro y otras sustancias al agua. Algunas personas, no obstante, mantienen muy pocos cuidados al respecto. En ocasiones prefieren dormir sin toldillo porque les parece una práctica incómoda e incluso innecesaria, no habiendo proliferación de moscos en sus hogares, según indican. Sólo en casos muy particulares se aprecia un tratamiento integral de las condiciones de riesgo de la malaria, que comprende entre otras cosas el control cuidadoso de los desechos, el tratamiento químico del agua y el sellamiento de los tanques proveedores, la ejecución de fumigaciones dentro y fuera de las casas, y la apertura de zanjas en los patios. El uso de toldillos, ahora bien, en muchas ocasiones está más determinado por la gestión preventiva del SNEM que por la iniciativa personal. La ejecución de fumigaciones tiende a operar al margen de la perspectiva de erradicar los criaderos de zancudo, y no pocas veces se concibe como responsabilidad exclusiva del SNEM. En general la actitud paternalista y la

Diagnóstico Socio-Antropológico

falta de preocupación por lo público inhiben la iniciativa de la población en materia preventiva, incrementando las condiciones de vulnerabilidad al riesgo. Y si bien la malaria representa un problema constante para la mayoría de las personas, no se considera que sea tan peligrosa por dos razones fundamentales: 1) en el común de los casos su impacto no se ha experimentado tan contundentemente; y 2) se cree que es fácil de controlar siguiendo los tratamientos de los que disponen las autoridades de salud. Por lo demás, cabe subrayar que la percepción del riesgo de contraer paludismo muchas veces se atenúa puesto que, como se vio antes, la enfermedad se tiende a concebir de manera accidental. Enfermedad y riesgo se equiparan frecuentemente, y por ende no queda mucho espacio para la prevención.

Diagnóstico Socio-Antropológico

FACTORES VINCULADOS CON LA PERCEPCIÓN DE LA MALARIA



Mapa conceptual sobre factores vinculados con la percepción de la malaria

Diagnóstico Socio-Antropológico



Aguas estancadas junto a una casa en el barrio San Valentín, en Nueva Loja.

Aguas estancadas en casa del barrio San Valentín, Nueva Loja

Fiebre e itinerarios terapéuticos.

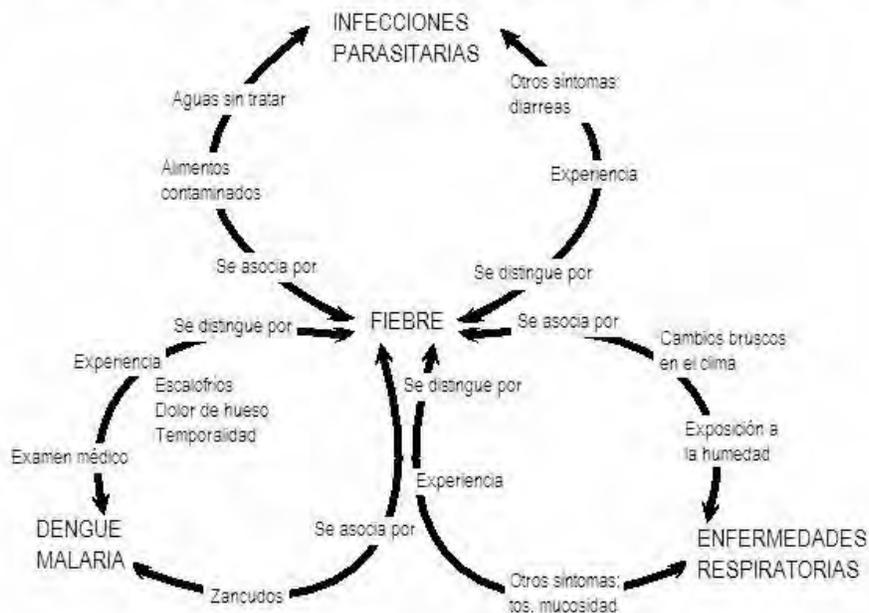
Para la mayoría de la población la fiebre tiene una presencia regular en sus vidas, y se vincula no sólo con el paludismo y el dengue, sino también con enfermedades respiratorias y parasitarias. Muchas personas la experimentan ordinariamente sólo como síntoma de la gripa, aunque muchas otras la experimentan también como fiebre común, independientemente de cualquier otra enfermedad. Los factores que más se asocian con la fiebre son las lluvias repentinas, la exposición permanente a la humedad –sobre todo para los trabajadores del campo y para las mujeres que lavan ropa en los esteros–, la exposición al sol, los moscos y la ingesta de alimentos contaminados –lo que aplica para enfermedades como la fiebre tifoidea y la parasitosis–. Las fiebres comunes son diferenciadas de enfermedades mayores por su tiempo de duración y por la presencia de otros síntomas muchas veces ya conocidos. En el caso de la malaria los síntomas que más se emplean para discernir son escalofríos, dolor de hueso y dolor de cuerpo en general. Se estima que cuando alguno de éstos empieza a producirse o cuando la fiebre se prolonga por varios días hay riesgo de haber adquirido paludismo. Algunas personas distinguen incluso entre la malaria y el dengue por la intermitencia de las fiebres que caracterizan a la primera, en contraste con la estabilidad de las que caracterizan al segundo (entrevistas comunidad 33, 46, Sansahuari, 2006). La medida a seguir cuando las fiebres son muy

Diagnóstico Socio-Antropológico

prolongadas o cuando vienen acompañadas de otros síntomas como los mencionados anteriormente es por antonomasia la consulta médica, que en la mayoría de los casos se lleva a cabo a través del SNEM. Muy pocas veces se recurre a la automedicación o a tratamientos alternativos, puesto que existe una amplia confianza en el examen médico como indicador último de la presencia de malaria.

En lo tocante a los itinerarios terapéuticos de la población, el recurso a los servicios de salud está determinado preponderantemente por la ocurrencia de una enfermedad fuera de lo común o de un cierto nivel de gravedad –muy rara vez se acude al médico con fines preventivos–. La automedicación es una práctica frecuente, aunque en la mayoría de los casos sólo aplica para enfermedades pequeñas como la gripa y la fiebre convencional, cuyos síntomas se conocen a partir de la experiencia. Los medicamentos que se usan con más regularidad son los antigripales, los analgésicos, las aspirinas, los antiparasitarios, los complementos vitamínicos, y una diversidad de fórmulas caseras entre las cuales figuran hierbas y vegetales de distintas clases, jugos naturales y aguas aromáticas. El recurso a tratamientos alternativos es muy escaso puesto que la mayor parte de las personas se ciñe a los parámetros de la medicina alopática. Para identificar y tratar el paludismo se recurre más que todo al SNEM, y en segunda instancia a los centros de salud. Hay bastante confianza en el SNEM, como se mencionó antes, en tanto proveedor de atención contra la malaria.

CRITERIOS DE DIFERENCIACIÓN ENTRE LA FIEBRE Y OTRAS PATOLOGÍAS



Trayectorias de riesgo

Tabla No. 21 Trayectorias de riesgo

Disposicionales	Situacionales
Sujección a las autoridades de salud como responsables primarias de las labores de prevención.	Condiciones precarias de vivienda, redes de alcantarillado insuficientes.
Habitación a la presencia del zancudo.	Malas condiciones del espacio público en las ciudades.
Percepción del paludismo como una enfermedad fácil de controlar.	Viviendas ubicadas en zonas susceptibles a inundaciones.
Desinterés por el cuidado de lo público.	Viviendas ubicadas cerca a esteros con aguas estancadas.
En algunas ocasiones el uso de mosquiteros genera incomodidad.	Hombres y mujeres que laboran en el campo o en las inmediaciones de los ríos.

Bibliografía

- Archivo de la Dirección Provincial de Salud de Sucumbíos (DPSS).
- Archivo del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM) - Ecuador.
- Departamento Administrativo de Salud del Putumayo (DASALUD Putumayo).
<http://www.dasaludputumayo.gov.co/>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) - Colombia.
<http://www.dane.gov.co/>
- Gobernación del Putumayo.
<http://www.putumayo.gov.co/>
- Gobierno Provincial de Sucumbíos.
2004. *Plan Participativo de Desarrollo Estratégico de la Provincia de Sucumbíos. 2005-2015*. Nueva Loja, Editorial AH.
- Instituto Geográfico Militar - Ecuador.
<http://www.igm.gov.ec/>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) - Ecuador.
2002. *Análisis de las Líneas de Base. Cantón Lago Agrio*. Quito, Imprenta Mariscal.
2002 (a). *Provincia de Sucumbíos. Difusión de Resultados Definitivos del VI Censo de Población y V de Vivienda 2001 – Julio 2002*.
- Instituto Nacional de Salud - Colombia.
<http://www.ins.gov.co/>
- Presidencia de la República - Colombia.
<http://www.presidencia.gov.co/>
- United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs.
<http://www.reliefweb.int/>

CAPÍTULO 8 ZONA HOMOGÉNEA
PROVINCIA DE EL ORO-DEPARTAMENTO DE TUMBES

1. ORGANIZACIÓN SOCIAL ZONA HOMOGÉNEA PROVINCIA DE EL ORO-
DEPARTAMENTO DE TUMBES

Tabla No. 1 Instrumentos metodológicos

Localidades	Machala, Huaquillas
Entrevistas comunitarias: Población urbana	N = 5
Entrevistas sector oficial salud: Funcionarios de salud SNEM	N = 3

Indicadores región Provincia de El Oro – Ecuador

Tabla No 2 Generalidades de Provincia de El Oro

Extensión	5.988 km ² (2,15% nacional)
Ubicación	La Provincia de El Oro se encuentra ubicada en el extremo sur occidental del Ecuador. Se encuentra entre las siguientes coordenadas geográficas: 3°02' y 3°53' de Latitud Norte y 80°20' y 79°21' de Latitud Oeste.
Límites	Limita al norte con las provincias del Guayas y Azuay, al noroeste con el Golfo de Guayaquil, al sur y al este con la provincia de Loja, y al oeste con la Región Tumbes (Perú).
Clima	Seco costanero: Islas de Jambelí Tropical Sabana: Machala, Pasaje, Santa Rosa, El Guabo, Tropical-Monzón: en las áreas de transición, entre la planicie y la cordillera.
Precipitación	La pluviosidad media anual es de 1.500 mm con un período lluvioso de enero a mayo.
Temperatura	La temperatura oscila entre 14 y 22 °C en las zonas media y alta, y entre 18 y 30 °C en las zonas bajas.
Altitud	La provincia esta ubicada entre los 0.50 m.s.n.m. en la zona Oeste, junto al Océano Pacífico hasta los 3.580 m.s.n.m, en el sitio denominado Chilla Cocha en el Cantón Chilla.
Hidrografía	Las principales cuencas hidrográficas son: Cuenca del río Jubones. Cuenca del río Puyango-Tumbes (binacional con el Perú). Cuenca del río Arenillas Cuenca del río Buena vista. Cuenca del río Zarumilla (binacional con el Perú). Cuenca del río Pagua. Cuenca del río Motuche.
Población	525.763 habitantes

Fuente: Gobierno Provincial Autónomo del Oro (PPAO) – Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SNPD)

Tabla No. 3 División político administrativa

Cantón	Población	Parroquias
Arenillas	22.477	Arenillas, Chacras, La Libertad, Las Lajas, Palmales, Carcabón
Atahualpa	5.479	Paccha, Ayapampa, Cordoncillo, Milagro, San José
Balsas	5.348	Balsas, Bellamaría
Chilla	2.665	Chilla
El Guabo	41.078	El Guabo, Barbones (Sucre), La Iberia, Tendales
Huaquillas	40.285	Huaquillas
Las Lajas	4.781	La Victoria, La Libertad, El Paraíso, San Isidro
Machala	217.696	Machala, El Cambio, El Retiro
Marcabelí	4.930	Marcabelí, El Ingenio
Pasaje	62.959	Pasaje, Buenavista, Casacay, La Peaña, Progreso, Uzhcurrumi, Cañaquemada, Piñas
Piñas	23.246	Capiro, La Bocana, Moromoro, Piedras, San Roque (Ambrosio), Saracay
Portovelo	11.024	Portovelo, Curtincapa, Morales, Salati
Santa Rosa	60.388	Santa Rosa, Bella Vista, Jambeli, La Avanzada, San Antonio, Torata, Victoria, Bellamaría
Zaruma	23.407	Zaruma, Abañín, Arcapamba, Guanazán, Guizhaguiña, Huertas, Malvas, Muluncay Grande, Sinsao, Salvias

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos



Diagnóstico Socio-Antropológico

Fuente: Gobierno Provincial Autónomo del Oro (PPAO) – Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SNPD)

Mapa No. 1 Ubicación de los cantones en la provincial de El Oro

Aspectos demográficos

Tabla No 4 Población total, urbana y rural

Cantones	Población (Censo 2001)					
	A. TOTAL	% Pobl. provincia	<i>Urbana</i>	% Pobl. cantón	Rural	% Pobl. cantón
Machala	217.696	41	204.578	94	13.118	6
Arenillas	22.477	4	14.318	64	8.159	36
Atahualpa	5.479	1	1.384	25	4.095	75
Balsa	5.348	1	3.110	58	2.238	42
Chilla	2.665	1	1.023	38	1.642	62
El Guabo	41.078	8	17.388	42	23.690	58
Huaquillas	40.286	8	40.286	100	0	0
Las Lajas	4.781	1	2.508	52	2.273	48
Marcabelí	4.929	1	4.620	94	309	6
Pasaje	62.959	12	46.119	73	16.840	27
Piñas	23.246	4	14.692	63	8.554	37
Portovelo	11.024	2	8.720	79	2.304	21
Santa Rosa	60.388	11	46.200	77	14.188	23
Zaruma	23.407	4	9.555	41	13.852	59
TOTAL	252.763	100	414.501	79	111.262	21

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos

Tabla No. 5 Población por sexo

Cantones	Población (Censo 2001)				
	Total	(a) Hombres	%	Mujeres	%
Machala	217.696	109.011	50,1	108.685	49,9
Arenillas	22.477	11.824	52,6	10.653	47,4
Atahualpa	5.479	2.789	50,9	2.690	49,1
Balsa	5.348	2.733	51,1	2.615	48,9
Chilla	2.665	1.388	52,1	1.277	47,9
El Guabo	41.078	21.903	53,3	19.175	46,7
Huaquillas	40.286	20.228	50,2	20.057	49,8
Las Lajas	4.781	2.519	52,7	2.262	47,3
Marcabelí	4.929	2.501	50,7	2.429	49,3
Pasaje	62.959	31.807	50,5	31.152	49,5
Piñas	23.246	11.597	49,9	11.649	50,1
Portovelo	11.024	5.574	50,6	5.450	49,4
Santa Rosa	60.388	31.059	51,4	29.329	48,6
Zaruma	23.407	11.783	50,3	11.624	49,7
TOTAL	525.763	266.716	50,7	259.047	49,3

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos

Tabla No 6. Población por grupos etáreos

Edades	Población (Censo 2001)				
	Hombres	%	Mujeres	%	Total
0 - 4	28.215	5,4	27.408	5,2	55.623
5 - 9	29.139	5,5	28.799	5,5	57.938
10 - 14	28.886	5,5	28.258	5,4	57.144
15 - 19	27.828	5,3	26.895	5,1	54.723
20 - 24	24.885	4,7	24.749	4,7	49.634
25 - 29	20.723	3,9	21.133	4,0	41.856
30 - 34	19.563	3,7	19.251	3,7	38.814
35 - 39	17.906	3,4	17.529	3,3	35.435
40 - 44	15.767	3,0	14.627	2,8	30.394
45 - 49	12.067	2,3	11.531	2,2	23.598
50 - 54	10.696	2,0	9.705	1,8	20.401
55 - 59	7.456	1,4	6.924	1,3	14.380
60 - 64	6.434	1,2	5.960	1,1	12.394
65 - 69	5.173	1,0	4.974	0,9	10.147
70 - 74	4.065	0,8	3.878	0,7	7.943
75 - 79	3.005	0,6	2.837	0,5	5.842
80 - 84	1.880	0,4	1.924	0,4	3.804
85 y +	3.028	0,6	2.665	0,5	5.693
TOTAL	266.716	50,7	259.047	49,3	525.763

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos

Tabla No. 6 Población económicamente activa de 5 años y más por sectores económicos

CANTONES	TOTAL		Sector Primario	Sector Secundario	Sector Terciario	No Especificado	Trabajador Nuevo
	No.	%					
Provincia	195.046	100,0	61.488	22.655	89.334	20.508	1.061
Machala	82.313	42,2	13.497	11.780	46.321	10.236	479
Arenillas	8.501	4,4	3.873	700	3.131	766	31
Atahualpa	1.865	1,0	1.187	168	372	133	5
Balsas	1.819	0,9	974	160	515	166	4
Chilla	883	0,5	644	51	133	53	2
El Guabo	15.834	8,1	9.931	827	3.840	1.191	45
Huaquillas	14.717	7,5	1.837	1.996	8.911	1.828	145
Marcabelí	1.522	0,8	914	140	335	129	4
Pasaje	23.516	12,1	8.604	2.369	10.137	2.289	117
Piñas	8.035	4,1	3.542	1.071	2.708	684	30
Portovelo	3.923	2,0	1.921	423	1.275	290	14
Santa Rosa	22.203	11,4	8.534	2.222	9.055	2.254	138
Zaruma	8.289	4,2	4.964	639	2.273	368	45
Las Lajas	1.626	0,8	1.066	109	328	121	2
Porcentaje por Sectores del Total Provincial	100,0		31,5	11,6	45,8	10,5	0,5

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos

Redes sociales

Las redes sociales identificadas en la Provincia de El Oro son:

- 156 comités de lucha contra la malaria y dengue. (58 en Machala y 16 en Huaquillas).
- Centros de educación superior y técnica en el departamento: Universidad Técnica de Machala (Facultades de ciencias sociales y medicina); Universidad Tecnológica San Antonio de Machala.
- Algunos centros de investigación en áreas sociales y productivas presentes en la región: Centro de Investigaciones Sociales – CIS (UTM); y Centro de Investigaciones Agropecuarias – CIAP (UTM).
- Llama la atención el número registrado de ONGs en la región que realizan acciones de educación, salud, protección de la niñez y la mujer (31), además de la presencia de la Cruz Roja Ecuatoriana.

Diagnóstico Socio-Antropológico

Asentamientos

Tabla No. 7 Características de la Vivienda (Censo 2001)

	Medida	Machala	Santa Rosa	Pasaje	El Guabo	Huaquillas	Arenillas	Las Lajas	Piñas	Zaruma	Portovelo	Atahualpa	Marcabelli	Balsas
Viviendas	Número	50.5 63	14.1 68	15.0 08	9.26 6	9.09 1	5.12 2	1.07 5	5.62 2	5.64 8	2.80 0	1.34 5	1.08 2	1.21 7
Hogares	Número	51.9 13	14.5 68	15.4 84	9.55 6	9.46 5	5.29 4	1.10 3	5.79 2	5.83 0	2.88 4	1.40 9	1.13 1	1.26 7
Casas, villas o departamentos	% (viviendas)	81,1	80,9	80	77,8	81	81,8	93,3	90,8	86	85,6	94,6	86,9	92,3
Piso de entablado, parquet, baldosa, vinil, ladrillo	% (viviendas)	88,2	85,3	86,7	87,8	73,8	78,5	68,3	92,1	78,5	89,5	96,7	84,8	93,7
Sistemas de eliminación de excretas	% (viviendas)	92,6	83	89,2	78,3	86,7	75	66,9	67,8	62,7	71,4	55,5	78,4	68,3
Servicio eléctrico	% (viviendas)	97,3	93,2	95,7	94	91,5	90,7	89,9	94,7	91,7	96	96	92,8	95,5
Servicio telefónico	% (viviendas)	28,7	15,2	26	16,8	13,2	19,2	10,1	17,9	17,1	24,2	13,3	19,4	27
Servicio de recolección de basura	% (viviendas)	83,6	61,5	67,6	60,7	67,5	53,6	34	53	49,3	59,5	36	55,4	57,7
Déficit de servicios residenciales básicos	% (viviendas)	55,2	60,7	55,5	80,3	91,1	73,4	90	57,1	60,3	52,1	67,6	56,4	61,8
Vivienda propia	% (hogares)	62,8	63,2	59,7	60,3	73,2	68,8	84	62,9	69,8	62,6	81	71,8	65,9
Personas por dormitorio	Número	2,7	2,8	2,7	3,1	2,9	2,9	3	2,4	2,6	2,6	2,3	2,7	2,7
Hacinamiento	% (hogares)	25,4	27,7	26,8	34,6	29,7	31,8	33,5	20,7	24	25,3	16,3	27,6	27,1
Servicio higiénico exclusivo	% (hogares)	73,2	59,8	61,7	45,7	66,4	52,6	50,9	67,3	57,5	60,8	63,8	65,2	68,2

Diagnóstico Socio-Antropológico

Ducha exclusiva	% (hogares)	64	56,1	58,8	41	51,4	50	45,4	67,9	57,5	63,1	72,1	69,2	72,4
Cuarto de cocina	% (hogares)	73,1	74,2	74,3	64,7	69,4	76	78,7	89,6	90	85	92,5	85,2	83
Uso de gas o electricidad para cocinar	% (hogares)	97,4	95,8	95,3	94,4	97,2	94,3	78,9	90	74,9	85,5	89,1	86,2	90,3
Uso de gas para cocinar	% (hogares)	96,8	95,4	94,8	93,9	96,8	93,9	78,6	89,7	74,6	85,2	89	86	89,9
Uso de leña o carbón para cocinar	% (hogares)	0,7	2,1	2,1	1,5	1	4,2	19,6	9,4	23,7	13,5	9,9	12,8	9,2
Índice multivariado de infraestructura básica	(sobre 100)	46,7	42,4	45,2	37,9	36,1	37	30,9	42,7	39,9	44,5	39,5	42,8	41,5

Fuente: Gobierno Provincial Autónomo del Oro (PPAO) – Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SNPD)

Economía

La economía de El Oro se basa en el sector primario que genera el 68% del valor bruto de la producción. Las actividades más importantes con la agricultura, la acuicultura y la ganadería. Sin embargo, el comercio informal y el comercio ilegal se constituyen como uno de los principales renglones de este sector para los habitantes de la zona de frontera.

Tabla No.7 Principales productos agrícolas

Productos	Superficie de cosecha (Ha)	Producción (TonM)
Banano-plátano	45.550	1.960.725
Maíz duro choclo	6.100	83.009
Arroz en cáscara	4.821	10.497
Maíz duro seco	6.300	10.052
Cacao en grano	17.795	6.082
Piña	197	4.915
Limón	285	4.430
Café grano oro	17.269	3.507

Fuente: Gobierno Provincial Autónomo del Oro (PPAO) – Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SNPD)

Tabla No 8 Características de la producción camaronera

Principales Características		Total
Camaroneras	Número	921
	Hectáreas	44.432
Piscinas		
Total Piscinas	Número	4.726
	Hectáreas	32.435
Piscinas Con Cultivo	Número	3.960
	Hectáreas	26.508
Piscinas Sin Cultivo	Número	766
	Hectáreas	5.926
Especies De Camarón		
Blanco	Camaroneras	*
	Producción (TonM)	*
	Ventas (USD)	8.509
Vannamel	Camaroneras	838
	Producción (TonM)	9.239
	Ventas (USD)	48.150.870
Otros camarones	Camaroneras	63
	Producción (TonM)	505
	Ventas (USD)	3.140.452

Fuente: Gobierno Provincial Autónomo del Oro (PPAO) – Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SNPD)

Tabla No. 9 Principales productos pecuario

Productos	UPAs	Cabezas/Número
Ganado vacuno	6.733	162.467
Ganado porcino	7.268	39.958
Producción avícola	9.278	173.441

Fuente: Gobierno Provincial Autónomo del Oro (PPAO) – Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SNPD)

Tabla No. 10 Pobreza por cantones.

Cantones	Incidencia de Pobreza			Necesidades Básicas Insatisfechas		
	% Población Total	% Población Urbana	% Población Rural	% Población Total	% Población Urbana	% Población Rural
Machala	42,4	41	60,1	49,5	49,2	84,7
Arenillas	56	51,6	71,2	69,3	59,3	87
Atahualpa	39,6	34,6	43,2	61,7	24,6	74,3
Balsas	41,1	41,2	40,5	60	46,1	79,4
Chilla	57,2	57,2	68,7	86,5	66,4	99,1
El Guabo	68,7	60,5	79	71,9	55,2	84,2
Huaquillas	56	56	0	61,1	61,1	92,2
Las Lajas	71,9	71,2	72,4	79,6	49,1	87,7
Marcabelí	48,7	47,3	63,6	65,8	63,4	87,3
Pasaje	44,9	37	64,4	55,1	45,3	80,1
Piñas	42,7	28,7	61,9	59,2	36,9	85,8
Portovelo	45,1	33,7	73,6	59,8	40,9	88,5
Santa Rosa	52,5	48,3	65,5	61,4	62,9	82
Zaruma	44,1	15,4	59,4	63,7	30,7	83,3

Fuente: Gobierno Provincial Autónomo del Oro (PPAO) – Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SNPD)

Tabla No 11 Indicadores Socio Económicos provinciales

(b) Indicadores	% de la población
Pobreza por NBI	57,5
Pobreza extrema por NBI	25,3
Personas que habitan viviendas con características físicas inadecuadas	13,8
Personas que habitan viviendas con servicios inadecuados	37,5
Personas que habitan viviendas con alta dependencia económica	3,7
Personas en hogares con niños que no asisten a la escuela	6,1
Personas en hogares con nacimiento crítico	32,3
Incidencia de la pobreza de consumo	47,9
Incidencia de la extrema pobreza de consumo	8,4
Brecha de la pobreza de consumo	14,3
Brecha de la extrema pobreza de consumo	1,9
Índice de Desarrollo Humano	71,0
Índice de Pobreza Humana	11,0

Fuente: Gobierno Provincial Autónomo del Oro (PPAO) – Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SNPD)

Sistemas de transporte

Tabla No. 12 Red Vial Provincial

Tipo de Red	Cobertura (Km)
Red Vial Estatal	389,88
Caminos Vecinales	2.646,82

Fuente: Gobierno Provincial Autónomo del Oro (PPAO) – Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SNPD)

Tabla No. 13 Vías Cantonales (caminos Vecinales) por capa de rodadura

Cantones	Tipos de Superficie (Km)				Total
	Asfaltada	Empedrada	Lastrada	Suelo Natural	
Machala	44,5		37,3	39,35	121,15
Arenillas	42		98,2	194,8	335
Atahualpa	22		70,7	34,9	127,6
Balsas	2,1		27,2	47,5	76,8
Chilla	0		35	31,5	66,5
El Guabo	26,45		89,32	19,7	135,47
Huaquillas	2,5		16,4	12,6	31,5
Las Lajas	11,5		22,9	81,8	116,2
Maracabelí	8,9			74,05	82,95
Pasaje	25,1		189,65	81	295,75
Piñas	15,5		155,3	109,4	280,2
Portovelo	11		82,2	98,5	191,7
Santa Rosa	42,5	8	169,3	194,5	414,3
Zaruma	0		176,9	194,8	371,7
Total	254,05	8	1.170,37	1.214,40	2.646,82
%	9,7	0,3	44	46	100

Fuente: Gobierno Provincial Autónomo del Oro (PPAO) – Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SNPD)

Tabla No. 14 Estado de las vías

Cantones	Estado de las Vías (Km)					Total
	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo	
Machala		44,5	11,3	65,35		121,15
Arenillas		39	39,2	256,8	9	344
Atahualpa		22	5,7	90,9		118,6
Balsas			18,3	58,5		76,8
Chilla	6	20,45	5	61,5		92,95
El Guabo		2,5	42	46,92	20,1	111,52
Huaquillas		11,5	4,1	24,9		40,5
Las Lajas			19,9	78	6,8	104,7
Marcabelí			8,9	54,05	20	82,95
Pasaje	6,7	9,3	27,3	234,95	17,5	295,75
Piñas		24,8	48,5	175,4	31,5	280,2
Portovelo		11	14	103,2	63,5	191,7
Santa Rosa	20	14,5	26	349,8	4	414,3
Zaruma			80,5	255,2	36	371,7
Total	32,7	199,55	350,7	1.855,47	208,4	2.646,82
%	1	8	13	70	8	100

Fuente: Gobierno Provincial Autónomo del Oro (PPAO) – Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SNPD)

Tabla No. 15 Transporte provincial

Servicio de transporte	Tipo	No. Cooperativas	No. Unidades
Interprovincial e Intercantonal	Buses y Busetas	18	644
	Camiones	7	110
	Taxis	23	608
Interparroquial	Camionetas	12	236
TOTAL		60	1.598

Fuente: Gobierno Provincial Autónomo del Oro (PPAO) – Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SNPD)

Diagnóstico Socio-Antropológico

- La Provincia de El Oro además cuenta con un aeropuerto de operación interna.

Sistema educativo

Tabla No.16 Nivel de instrucción

Cantones	Total	Nivel de instrucción y años aprobados									
		Ninguno	Centro de Alfabetización	Primario		Secundario		Post Bachillerato	Superior		Post-grado
				0 - 3	4 - 6	0 - 3	4 - 6		0 - 3	4 y +	
Machala	157.768	5.476	795	18.360	43.942	31.072	33.171	1.535	10.997	12.192	228
Arenillas	16.212	904	112	2.488	6.394	2.640	2.415	141	571	542	5
Atahualpa	4.236	221	37	627	2.022	543	592	25	70	99	0
Balsas	3.696	226	28	518	1.570	636	481	17	118	101	1
Chilla	1.725	192	13	316	779	193	164	9	18	41	0
El Guabo	28.652	1.734	153	4.612	12.409	4.456	3.671	141	774	689	13
Huaquillas	28.535	1.383	179	4.159	10.674	5.416	5.031	225	712	741	15
Las Lajas	3.418	244	28	455	1.695	464	391	18	58	63	2
Marcabelí	3.376	294	39	853	1.208	453	380	19	52	76	2
Pasaje	45.880	2.364	209	6.659	15.304	7.966	8.029	475	2.300	2.525	49
Piñas	17.138	767	144	2.359	7.273	2.389	2.849	96	534	718	9
Portovelo	8.201	485	62	1.428	3.142	1.263	1.288	45	239	244	5
Santa Rosa	43.113	2.207	244	6.758	14.192	8.002	6.889	521	1.909	2.342	49
Zaruma	17.501	1.263	96	2.635	7.357	2.288	2.781	61	374	635	11
TOTAL	379.451	17.760	2.139	52.227	127.961	67.781	68.132	3.328	18.726	21.008	389

Fuente: Gobierno Provincial Autónomo del Oro (PPAO) – Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SNPD)

Tabla No.17 Tasa de Analfabetismo de la Población > 10 años según áreas y sexo (Censo 2001)

Áreas	Población > 10 años			Población Analfabeta					
	Total	Hombres	Mujeres	Total	%	Hombres	%	Mujeres	%
Urbana	316.625	157.397	159.228	14.376	4,5	6.632	4,2	7.744	4,9
Rural	95.577	51.965	43.612	7.096	7,4	3.529	6,8	3.567	8,2
TOTAL	412.202	209.362	202.840	21.472	5,2	10.161	4,9	11.311	5,6

Fuente: Gobierno Provincial Autónomo del Oro (PPAO) – Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SNPD)

Servicios de salud

Dirección Provincial de Salud

Esta Dirección hace parte del Ministerio de Salud. Sus funciones están encaminadas a la promoción y protección de la salud con la atención de la morbilidad. Desarrolla los siguientes programas: salud materno-infantil, control del niño sano, detección oportuna del cáncer cérvico-uterino, inmunización, control y vigilancia epidemiológicas, entre otros. (OPS 2000: 19)

Tabla No. 18 Unidades de salud Provincia El Oro

Cantones	No. PS	No. SCS	No. Seguro Campesino	No. CS	No. Dispensarios	No. Hospitales	Total
Arenillas	3	4				1	8
Atahualpa		2			2		4
Balsas		1			1		2
Chilla		1					1
El Guabo	2	3		1	1		7
Huaquillas		3	1				4
Las Lajas	4	1					5
Machala	1	15		4		3	23
Maracabellí		1			1		2
Pasaje	3	9				2	14
Piñas	2	5			4	1	12
Portovelo	2	2			1		5
Santa Rosa	5	10			1	3	19
Zaruma	1	5			4	1	11
Total	23	62	1	5	15	11	117

PS = Puestos de Salud; SCS = Sub Centros de salud; CS = centros de Salud. Fuente: Gobierno Provincial Autónomo del Oro (PPAO) – Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SNPD)

SNEM

La Jefatura Zona VII El Oro – Azuay del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM) tiene como función primordial el control de enfermedades transmitidas por vectores en la Provincia. Cuenta con 18 funcionarios de planta; y 7 microscopistas, 9 vigilantes epidemiológicos, 5 técnicos en entomología contratados por prestación de servicios.

Tabla No. 19 Principales causas de mortalidad (2004)

<i>Causas</i>	No. Casos	Tasa x 10.000 hab	%
Neumonía	145	2,5	7,1
Otras enfermedades del corazón	134	2,3	6,6
Agresiones	110	1,9	5,4
Diabetes mellitas	106	1,9	5,2
Enfermedades isquémicas del corazón	97	1,7	4,7
Enfermedades cerebrovasculares	96	1,7	4,7
Accidentes de transporte	90	1,6	4,4
Enfermedades hipertensivas	86	1,5	4,2
Enfermedades del hígado	68	1,2	3,3
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	65	1,1	3,2

Fuente: Ministerio de Salud Pública 2005.

Diagnóstico Socio-Antropológico
Región Departamento de Tumbes - Perú

Tabla No. 20 Instrumentos metodológicos

(i) Localidades	Aguas Verdes, Zarumilla, Tumbes, Curva
Entrevistas comunitarias	N = 9
Entrevistas sector oficial salud	N = 7

Indicadores región departamento Tumbes

Tabla No 21. Generalidades departamento Tumbes

Extensión	4.669,2 km ²
Ubicación	La Región Tumbes se encuentra ubicado en la zona noroeste del Perú, latitud Sur-Norte 07°20'23" y longitud Oeste-Norte 74°32'05"
Límites	Departamento fronterizo con Ecuador
Clima	Subtropical. Esta ubicado en una zona de transición entre el régimen tropical húmedo ecuatorial y el desértico de la costa peruana.
Precipitación	Durante los meses de Enero a Abril se registran lluvias intensas en toda el departamento.
Temperatura	Oscila entre 17 a 36 grados centígrados
Altitud	Oscila entre los 5 msnm (distrito de La Cruz) y los 134 msnm (distrito Casitas)
Hidrografía	Tumbes y Zarumilla
Población	Aproximada para el 2006 de 220.214 habitantes

Fuente: ASIS - DRSA Tumbes 2006.

División político administrativa

El Departamento de Tumbes se divide en tres provincias y doce distritos:

Tabla No. 22 División de provincias y distritos

Provincias	Distritos
Tumbes	Pampas de Hospital San Jacinto Tumbes San Juan de la Virgen La Cruz Corrales
Zarumilla	Zarumilla Aguas Verdes Matapalo Papayal
Cotralmirante Villa	Zorritos Casitas

Fuente: ASIS - DRSA Tumbes 2006.



Fuente: ASIS - DRSA Tumbes 2006.

Mapa No.2 Región de Tumbes 1

Aspectos demográficos

El Departamento de Tumbes tiene una población de 220.214 habitantes representando el 0.79% de la población total del país.

Tabla No. 23 Población y extensión por distrito

Distritos	Población	Extensión (km ²)
Tumbes	106.273	170,14
Aguas Verdes	14.399	46,06
Zarumilla	18.484	102,01
Corrales	23.626	131,6
La Cruz	10.034	65,23
Papayal	7.717	193,53
San Juan de la Virgen	4.253	116,71
San Jacinto	8.146	596,72
Zorritos	15.104	1203,52
Pampas	6.943	727,6
Casitas	3.062	919,7
Matapalo	1.173	392,38

Fuente: ASIS - DRSA Tumbes 2006

El crecimiento demográfico poblacional estimado para en 2006 es de 2,12%, cifra mayor que el promedio nacional (1,6%). Los distritos de mayor crecimiento poblacional son: Zarumilla, Aguas Verdes y Papayal, mientras que los distritos de San Jacinto, Zorritos y Casitas presentan las menores tasas estimadas de tal crecimiento. (ASIS- DRSA 2006: 12)

El porcentaje de la población urbana se ha incrementado de 78.91% en 1.981 a 91.3% en el año 2,004; incremento que no sólo refleja desplazamiento interno de la zona rural a la ciudad sino también la inmigración que se ha observado en estos últimos años a la región en búsqueda de fuentes de empleo. Este comportamiento poblacional implica cambios en el perfil epidemiológico que genera nuevas demandas de servicios básicos entre los cuales está salud. (ASIS- DRSA 2006: 13)

Tabla No. 24 Porcentaje de la población urbana por distritos.

Provincia	Distrito	U. Análisis	% Urbanidad
Zarumilla	Zarumilla	Urbana	90,48
	Aguas Verdes	Urbana	82,05
	Papayal	Urbana	85,64
	Matapalo	Rural	31,05
Tumbes	Tumbes	Urbana	99,31
	San Juan de la Virgen	Urbana	59,41
	Virgen	Rural	49,34
	Pampas del Hospital	Urbana	81,24
	Corrales	Urbana	94,00
	La Cruz San Jacinto	Urbana	61,53
Contralmirante Villa	Zorritos	Urbana	82,34
	Casitas	Rural	18,05
Total			91,30

Fuente: Censo 2003 – Indicadores Básicos MINSA 2004. Citado ASIS - DRSA Tumbes 2006.

Entre 1990 al 2005 la Tasa de Fecundidad General ha descendido de 100 nacidos vivos por mil MEF a 66 nacidos vivos por mil MEF. Esto representa un descenso de la TFG de casi un 30% (ASIS- DRSA 2006: 14).

Redes sociales

El departamento cuenta con la Universidad Nacional de Tumbes y tiene una facultad de ciencias de la salud. También está la Universidad Alas Peruanas que tiene una Unidad descentralizada de educación a distancia. Se registra solamente una ONG, CARE Perú, que desarrolla actividades relacionadas con salud y saneamiento básico.

Además, existe un Consejo Regional de Salud, en el cual hay participación de algunas organizaciones sociales, a saber: (i) Colegio Médico; (ii) Facultad de Ciencias de la Salud; (iii) Red de la Mujer; (iv) Representantes de los Comedores Populares; y otras organizaciones sociales.

Asentamientos

La mayoría de los asentamientos en la región son urbanos. Las viviendas de los barrios marginados y usualmente cercanos a cursos de agua tienen las siguientes características: piso de tierra, paredes de corteza vegetal, techos de zinc y lonas plásticas. Mientras que en los otros barrios, las viviendas tienen piso y paredes de cemento, techos de zinc o eternit, puertas y ventanas.



Barrio marginal Aguas Verdes (julio 2006)

Economía

La economía del Departamento se centra en el sector primario de producción. Sin embargo, el comercio informal y el comercio ilegal se constituyen como uno de los principales renglones de este sector para los habitantes de la zona de frontera.

Tabla No. 25 indicadores economía local

Sector	Número	%
Área total sembrada	13.199 Ha	100
Área sembrada de arroz	10.427 Ha	79
Área sembrada de plátano	1.188 Ha	9
Área sembrada de maíz	792 Ha	6
Total unidades de ganado	117.200 cabezas	100
Ganado caprino	72.400 cabezas	62
Ganado vacuno	19.800 cabezas	17
Ganado porcino	17.500 cabezas	15
Ganado ovino	7.500 cabezas	6
Unidades agropecuarias	6.921	100
Tumbes	4.642	67
Zarumilla	1.442	21
Contralmirante Villar	837	12
< 5 Ha	5.329	77
5 a 20 Ha	1.523	22
> 20 Ha	69	1
Embarcaciones pesqueras	638	100
Con bodegaje de 3.574,35 m3	629	98,6
Con bodegaje de 223,82 m3	5	0,8
Con bodegaje de 556,72 m3	4	0,6
Extractores	2.989	
Área total adjudicada para acuicultura	8.837,43 Ha	100
Área construida	5.817,37 Ha	66
Área autorizada para el cultivo de langostino	6.477,56 Ha	73
Área utilizada para el cultivo de langostino	900 Ha	10

Fuente: Gobierno Regional de Tumbes. 2006. Plan de Desarrollo Concertado 2006 – 2010.

Diagnóstico Socio-Antropológico



Aguas Verdes (Julio 2006)

Sistema de transporte

- Intercomunicación de todas las poblaciones por medio de una buena malla vial.
- 1 aeropuerto en Tumbes con vuelos domésticos.

Servicios públicos

Tabla No. 26 Vivienda y Servicios básicos según el censo de 1993

Característica	No. de viviendas	%	Urbano	Rural
Viviendas	24.787	100	22.393	2.394
Abastecimiento de agua				
<i>Red pública dentro de la vivienda</i>	15.126	61,0	15.126	0
<i>Red pública fuera de la vivienda pero dentro del edificio</i>	1.854	7,5	1.854	0
<i>Pilón de uso público</i>	3.470	14,0	3.138	332
<i>Pozo</i>	1.156	4,7	414	722
<i>Camión cisterna u otro similar</i>	2.514	10,1	2.136	378
<i>Río, acequia u otro similar</i>	3.440	13,9	1.362	2.078
<i>Otro tipo</i>	1.908	7,7	1.768	140
Con alumbrado eléctrico	20.523	82,8	18.977	1.546
Sin alumbrado eléctrico	8.945	36,1	6.841	2.104
Servicio higiénico conectado a				
<i>Red pública dentro de la vivienda</i>	10.468	42,2	10.468	0
<i>Red pública fuera de la vivienda pero dentro del edificio</i>	1.355	5,5	1.355	0
<i>Pozo ciego, letrina, etc.</i>	8.417	34,0	7.808	609
<i>Acequia o canal</i>	224	0,9	153	71
<i>Sin servicio higiénico</i>	9.004	36,3	6.034	2.970

Fuente: Instituto nacional de estadística e Informática – INEI

Tabla No. 27 Porcentaje de hogares con servicios públicos

Distrito	% hogares con agua potable	% hogares con desagüe	% hogares con electricidad
Zarumilla	78,20	64,30	79,70
Aguas Verdes	43,30	32,18	32,50
Papayal	52,20	27,00	18,30
Matapalo	75,00	0,00	91,00
Tumbes	77,83	56,76	70,30
San Juan	49,00	14,90	98,40
P. de Hospital	65,00	8,30	77,91
Corrales	49,00	21,50	81,00
La Cruz	68,59	41,50	72,00
San Jacinto	48,00	0,90	71,00
Zorritos	69,00	12,50	63,70
Casitas	78,00	0,20	71,08

Fuente: Censo 1993, Compendio Estadístico departamental 1998 – 1999.
Citado: ASIS DRSA Tumbes 2006.

Educación

Tabla No. 28 Porcentaje de analfabetismo y de logro educativo por distrito

Distritos	% Analfabetismo	% Logro educativo
Aguas Verdes	5,64	84,2
Casitas	9,24	83,3
Corrales	6,2	81,07
La Cruz	4,67	85,75
Matapalo	11,06	86,46
Pampas de Hospital	10,34	71,16
Papayal	6,37	84,93
San Jacinto	7,79	73,67
San Juan de la Virgen	6,8	79,55
Tumbes	4,29	94,69
Zarumilla	3,93	91,1
Zorritos	5,31	87,05

Fuente: Informe de Desarrollo Humano de Perú 2005 – PNUD. Citado ASIS – DRSA Loreto 2006

Tabla No 29 Indicadores generales sobre sistema educativo

ASPECTO EDUCATIVO	No.
Alumnos	64.077
Docentes	4.280
Trabajadores administrativos	527
Centros educativos	346

Fuente: Gobierno Regional de Tumbes. 2006. Plan de Desarrollo Concertado 2006 – 2010.

Servicios de salud

Dirección Regional de Salud de Tumbes

La Dirección Regional de Salud Tumbes es un ente descentralizado perteneciente al Ministerio de Salud Pública del Perú. Sus funciones y programas de servicios básicos en salud son:

Tabla No. 30 Funciones y programas de servicios básicos Dirección Regional de Tumbes

Funciones	Servicios básicos en salud pública
<ul style="list-style-type: none"> - Regulación sanitaria. - Prevención y control. - Provisión de servicios en forma zonificada a través de unidades administrativas (Redes y Microrredes). 	<ul style="list-style-type: none"> - Inmunizaciones. - Acciones de saneamiento básico y ambiental. - Información, educación y comunicación en salud. - Control de enfermedades transmisibles. - Control de alimentos e insumos para la salud. - Vigilancia epidemiológica. - Salud mental.

Fuente: ASIS – DRSA Tumbes 2006.

El sistema de salud en la Región Tumbes se caracteriza por un predominio marcado de los establecimientos del Ministerio de Salud, organizados bajo la conducción de la Dirección Regional de Salud de Tumbes. El principal ofertante de servicios finales de salud lo constituyen los establecimientos MINSA que cubren más del 80% del total de la población. ESSALUD constituye la segunda institución en importancia de cobertura servicios de salud (11,6%). (ASIS-DRSA Tumbes 2006:95)

Tabla No. 31 Distribución establecimientos de salud

Tipo Institución	Tipo Establecimiento	Provincia Tumbes	Provincia C. Villa	Provincia Zarumilla	Total
MINSA	Hospital Apoyo	1	-	-	1
	Centro Salud	1	2	-	3
	Puesto Salud	4	7	1	12
MINSA y CLAS	Centro Salud	5	1	3	9
	Puesto Salud	9	1	7	17
ESSALUD	Hospital Nivel 1	1	-	-	1
	Centro Médico	-	-	1	1
	Posta Médica	1	1	-	2
Privado	Centro Médico	3	-	-	3
	Consultorio Médico	21	1	1	23
	Consultorio Dental	7	-	-	7
	Policlínico	1	-	-	1
	Consultorio Obstétrico	2	-	1	3
	Hospital privado	1	1	-	2
Fuerzas Armadas	Centro Médico	3	-	4	7
	Policlínico	2	-	-	2
Total		62	14	18	94

Fuente: ASIS – DRSA Tumbes 2006.

Diagnóstico Socio-Antropológico

Tabla No. 32 Microrredes de Tumbes por distritos con establecimientos de salud y población asignada

Microrredes	Distritos	Población	Tipo de establecimiento
Zarumilla	Zarumilla Aguas Verdes Papayal Matapalo	41.773 habitantes	-4 Centros de Salud -6 Puestos de Salud
Pampa Grande	Tumbes San Juan Pampas	117.469 habitantes	-3 Centros de Salud -6 Puestos de Salud -1 Hospital
Corrales	Corrales San Jacinto La Cruz	41.806 habitantes	-3 Centros de Salud -6 Puestos de Salud
Zorritos	Zorritos Casitas	19.166 habitantes	-2 Centros de Salud -9 Puestos de Salud

Fuente: ASIS – DRSA Tumbes 2006

Resumen epidemiológico

Tabla No. 33 Principales causas de mortalidad 2005

CAUSAS	No. de Casos	%	TI x 100.000 hab
Infecciones respiratorias agudas	90	15,41	41,74
Enfermedades hipertensivas	52	8,90	24,11
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	43	7,36	19,94
Enfermedad por el VIH (SIDA)	35	5,99	16,23
Enfermedades isquémicas del corazón	32	5,48	14,84
Accidentes de transporte terrestre	26	4,45	12,06
Diabetes mellitus	24	4,11	11,13
Enfermedades cerebro-vasculares	23	3,94	10,67
Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	20	3,42	9,27
Septicemia, excepto neonatal	19	3,25	8,81

Fuente ASIS – DRSA Tumbes 2006.

2. DINAMICAS SOCIALES ZONA HOMOGENA PROVINCIA DE EL ORO- DEPARTAMENTO DE TUMBES

Dinámicas sociales provincia de El Oro

Medio ambiente

La provincia de El Oro está ubicada en el sur del Ecuador y limita al norte con las provincias del Guayas y Azuay, al noroeste con el Golfo de Guayaquil, al sur y al este con la provincia de Loja, y al oeste con la Región Tumbes (Perú).

Sus climas están definidos por sus condiciones geográficas, a saber:

- Seco costanero: Islas de Jambelí
- Tropical Sabana: Machala, Pasaje, Santa Rosa, El Guabo
- Tropical-Monzón: en las áreas de transición, entre la planicie y la cordillera

El régimen de lluvias está definido entre los meses de diciembre a abril, pero puede intensificarse si se presenta el fenómeno de El Niño, el cual se manifiesta cada siete o diez años. Durante estos meses las condiciones de temperatura y humedad facilitan el aumento del desarrollo de criaderos y por ende vectores causantes de diferentes enfermedades transmitidas por vector.

Si bien esta Provincia ha sido caracterizada como donde se presentan una confluencia de estas enfermedades, es importante anotar que en esta zona la malaria es endémica; la incidencia está directamente relacionada con el régimen de lluvias anual y de manera periódica con el fenómeno del El Niño, que cambia los datos epidemiológicos de manera radical.

Economía

La provincia de El Oro basa su economía en:

- Actividades agrícolas, especialmente la producción de banano con fines de exportación
- Camaroneras con fines de exportación
- Actividades comerciales
- Turismo

Diagnóstico Socio-Antropológico

Estos renglones económicos impactan la región en cuanto a movilidad, canales de comunicación, gestión social del espacio compartido con el Perú y tránsito de personas y bienes .

La movilidad geográfica de la población que se produce por estos renglones económicos es una de las dinámicas más interesantes de esta región. Esta zona es de gran atracción para ciudadanos colombianos, peruanos y ecuatorianos, procedentes de otras provincias, pues se percibe esta región como potencial fuente de empleo y de oportunidades individuales de mejoramiento económico (flujo migratorio permanente). La economía dolarizada del Ecuador es un coadyuvante a la dinámica de desplazamiento hacia este sector.

El comercio formal, informal e ilegal en la zona de frontera con el Perú se ve facilitada por la buena cobertura vial de toda la provincia y particularmente, por la carretera Panamericana, que permite la rápida movilización de personas y productos. Concretamente en Huaquillas, ciudad fronteriza con el Perú, las personas ligadas al comercio ilegal (*estiberos*) se constituyen en una población de alto riesgo, con altos niveles de vulnerabilidad social para la adquisición de enfermedades transmitidas por vectores, dado que sus actividades se realizan fundamentalmente en las horas nocturnas.

Condiciones sociales

A pesar de la activa dinámica económica descrita, la población de la provincia de El Oro presenta condiciones precarias de vida, en donde el 57.5% de ésta tiene necesidades básicas insatisfechas.

Se ha identificado el saneamiento básico como un problema determinante de las condiciones de salud de la población, que no cuenta con un servicio de agua potable ni de alcantarillado. La percepción de la población es que el mejoramiento de estas condiciones debe ser la tarea fundamental frente a la salud.

Existe una infraestructura urbana importante: carreteras, centros urbanos y dentro de ellos barrios que demuestran un nivel básico de planeación territorial. Sin embargo debemos destacar que ciertos sectores están dedicados a la actividad comercial más que a la vivienda de las personas. Este hecho implica una baja oferta de vivienda, por ende los migrantes se establecen en sectores que presentan altos niveles de precariedad social.



Barrio Martha Bucaram-Huaquillas (Julio 2006)

De ninguna manera podemos asimilar estos asentamientos a condiciones similares a las favelas o shanti towns pero si podemos establecer que la articulación entre saneamiento básico, gestión del espacio público, particularmente basuras, y espacio privados conlleva a crear condiciones de higiene deficientes.



Transpatio casa Barrio Milton Reyes -Huaquillas (Julio 2006)

Gran parte de la población proveniente del importante flujo migracional que se ubica en áreas cercanas al río Zarumilla, frontera con el Perú y altamente contaminado con desechos sólidos, el cual desborda sus aguas en los meses de lluvias inundando estas viviendas. Por lo demás, las construcciones en su gran mayoría son en madera y ladrillo, pero son pequeñas, y no cuentan en su gran mayoría con servicios de acueducto y alcantarillado.

Diagnóstico Socio-Antropológico



Canal internacional frontera Huaquillas-Aguas verdes (Julio 2006)

Dinámicas en salud desde el sector público

La alianza estratégica entre el sector oficial de salud, Jefatura VIII de Malaria, y la comunidad es una de las dinámicas sociales más interesantes de esta región ya que constituye un mecanismo efectivo para disminuir la incidencia y la prevalencia de la malaria y el dengue en toda la Provincia. Para ello, se desarrollan las siguientes actividades:

- Control de dengue.
- Focalización de casos de malaria y dengue.
- Impregnación y distribución de toldillos.
- Siembra de peces en tanques de almacenamiento de agua.
- Abatización
- Capacitación a los miembros de la comunidad
- Mingas comunitarias para el ordenamiento del territorio.

Diagnóstico Socio-Antropológico

- Control larvario en comunidades urbanas.
- Diagnóstico.
- Capacitación en ETV a equipos de salud.
- Control de vectores.
- Fumigación (rociado)
- Investigaciones entomológicas.
- Búsqueda activa de febriles.
- Seguimiento de casos.

Como resultados de esta alianza se han dado los siguientes logros:

- Se han conformado 156 Comités Comunitarios de Lucha contra estas patologías en los barrios de los centros urbanos (58 en Macha y 16 en Huaquillas);
- Se han involucrado otros actores como son los gobiernos locales de los cantones en actividades de apoyo a los programas de promoción y prevención;
- Se ha logrado una apropiación de las esferas públicas por parte de la comunidad y del sector oficial de salud (identificación y control de criaderos);
- Se han construido espacios de confianza entre la comunidad y el sector oficial de salud, estos espacios han sido arduamente trabajados primero desde una visión de políticas de salud, de los miembros de la Jefatura de Malaria con un trabajo que se articula al desarrollo de procesos con un acompañamiento permanente con la comunidad y mediante un trabajo cotidiano y sistemático del vigilante epidemiológico, lo cual ha creado relaciones estrechas con la población.
- Se ha logrado hacer colectivo el conocimiento sobre estas enfermedades y sus alternativas de control. Un punto crítico para esta alianza lo representa la población flotante, y la población de habitación reciente en la zona.

Dado que la malaria, debido al trabajo efectuado, se encuentra actualmente en niveles controlados, la población no la identifica como problema prioritario en salud. El dengue, en cambio, ha cobrado importancia en la región.

Diagnóstico Socio-Antropológico



Jefatura VIII SNEM Machala (julio de 2006)

Actualmente existe un problema de reorganización del sector salud que afecta el desenvolvimiento de los programas que adelanta la Jefatura de Malaria, que se hace evidente a través de la implementación de un ajuste estructural del servicio y que se observa en el número restringido de personal de planta para ETV.

Resumen epidemiológico de la Provincia de El Oro

Morbilidad

Las principales enfermedades de notificación obligatoria según el número de casos reportados en el 2004 para la población general fueron:

Tabla No.34 Casos de notificación obligatoria 2004

Enfermedades	No. Casos
Infección Respiratoria Aguda (IRA)	68.190
Enfermedades Diarréicas (EDA)	33.258
Hipertensión Arterial	2.283
Diabetes	1.097
Fiebre Tifoidea	971
Accidentes domésticos	837
Depresión	575
Malaria por P. vivax	468
Malaria por P. falciparum	432
Violencia y maltrato	206

Fuente: Ministerio de Salud Pública 2005.

Malaria

Entre los años 2001 y 2005, el índice parasitario anual (IPA) ha bajado considerablemente en la Provincia de El Oro. Para el 2001, se reportaron 5493 casos positivos de malaria, mientras que para el 2005 tan sólo se registraron 327 casos para toda la Provincia. Por lo evidenciado en terreno, se puede afirmar que dicha tendencia a la baja se debe a tres factores, entre otros:

- El éxito del trabajo conjunto que ha adelantado la Jefatura VIII de Malaria SNEM, la Dirección Provincial de Salud y los 156 Comités de Lucha contra la Malaria.
- Es importante resaltar que el trabajo de los vigilantes epidemiológicos ha sido central en el control de la enfermedad porque ellos no solo ejercen una actividad técnica de vigilancia sino que sus labores irradian la comunidad debido a que son actores culturales privilegiados en el ejercicio de comunicación entre el sector oficial y el sector popular.
- Debido a las condiciones limitadas de su trabajo, los vigilantes son muy resilientes frente a los obstáculos para desarrollar su trabajo. Controles social como la



Diagnóstico Socio-Antropológico
siembra de peces, identificación de criaderos, apropiación de la idea de
prevención, seguimiento intradomiciliario de los casos, georeferenciación
artesanal de los sectores, búsqueda activa de casos y educación para la
salud.

- Disminución de la frecuencia e intensidad de las lluvias en los últimos años.

Tabla No. 35 Estratificación malárica por Cantones (2001)

Cantones	Población	Muestras examinadas	Total casos	IPA	FRIF	ILP	IAES
13	548.024	48.416	5.493	10,0	68,1	11,3	8,8

Fuente: SNEM Jefatura Zona VII El Oro – Azuay 2206

Tabla No. 36 Cantones de mayor riesgo (2001)

Cantones	Población	Muestras examinadas	Total casos	IPA	FRIF	ILP	IAES
Arenillas	22.915	4.318	568	24,8	36,8	13,2	18,8
Huaquillas	41.654	5.276	912	21,9	61,6	17,3	12,7
Sta. Rosa	68.380	10.628	1081	15,8	73,4	10,2	15,5
El Guabo	41.489	4.933	564	13,6	83,5	11,4	11,9
Pasaje	75.288	7.681	696	7,9	72,0	7,8	10,2
Machala	234.407	15.460	1747	7,5	72,6	11,3	6,6
Total	484.133	48.296	5468	11,3	68,3	11,3	10,0

Fuente: SNEM Jefatura Zona VII El Oro – Azuay 2206

Tabla No. 37 Estratificación malárica por Cantones (2005)

Cantones	Población	Muestras examinadas	Total casos	IPA	FRIF	ILP	IAES
13	561.637	21.652	327	0,6	20,5	1,5	3,9

Fuente: SNEM Jefatura Zona VII El Oro – Azuay 2206

Diagnóstico Socio-Antropológico

Tabla No. 38 Cantones de mayor riesgo (2005)

Cantones	Población	Muestras examinadas	Total casos	IPA	FRIF	ILP	IAES
El Guabo	46.846	2.031	101	2,2	1,0	5,0	4,3
Huaquillas	45.563	1.862	94	2,1	23,4	5,0	4,1
Sta. Rosa	63.995	4.331	39	0,6	61,5	0,9	6,8
Pasaje	66.562	3.283	36	0,5	25,0	1,1	4,9
Arenillas	23.594	1.049	7	0,3	14,3	0,7	4,4
Machala	236.292	8.834	40	0,2	20,0	0,5	3,7
Total	482.853	21.390	317	0,7	20,5	1,5	4,4

Fuente: SNEM Jefatura Zona VII El Oro – Azuay 2206

Tabla No. 39 Estratificación malárica por parroquias según IPA (2001)

IPA	Parroquias	%	Población	%	Muestras examinadas	Total casos	%
> 10	22	30,6	148.908	27,2	39.124	4.525	82,4
5 a 9	12	17	87.281	15,9	7.280	606	11,0
< 5	19	26	175.723	32,1	2.012	362	6,6
Total	53	73,6	411.912	75,2	48.416	5.493	100
Total El Oro	72	100	548.024	100			

Fuente: SNEM Jefatura Zona VII El Oro – Azuay 2206

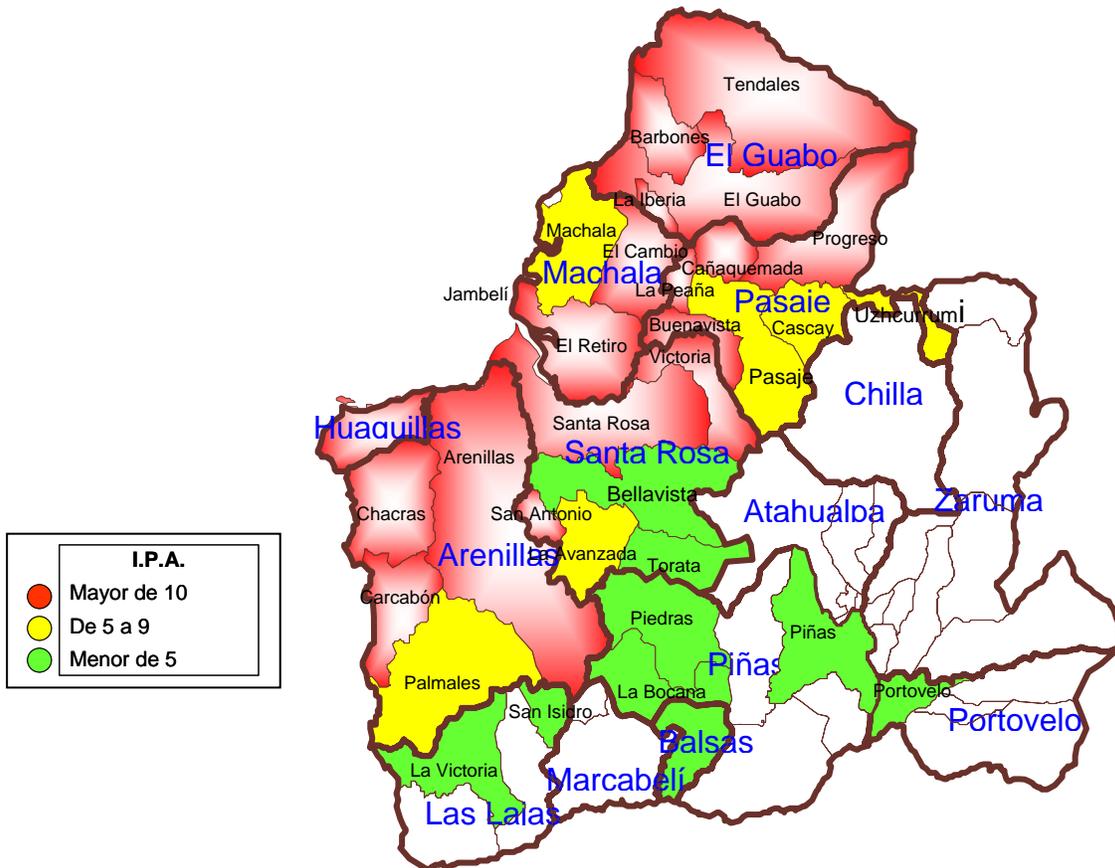
Tabla No 40 Estratificación malárica por parroquias según IPA (2005)

IPA	Parroquias	%	Población	%	Muestras examinadas	Total casos	%
> 10	1	1,4	5.173	0,9	693	85	26,0
5 a 9	1	1,0	1.683	0,3	259	12	3,7
< 5	52	72	512.852	91,3	20.700	230	70,3
Total	54	74,4	519.709	92,5	21.652	327	100

Total El Oro	72	100	561.637	100
--------------	----	-----	---------	-----

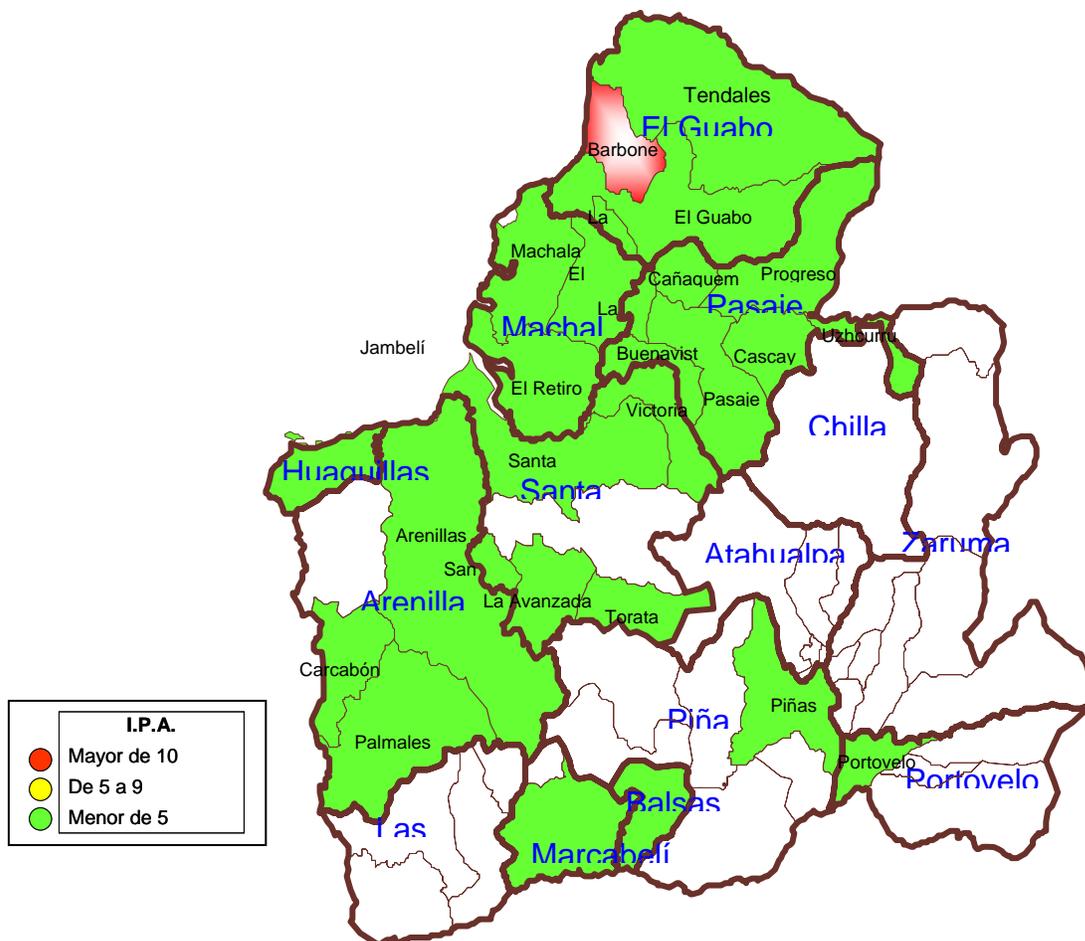
Fuente: SNEM Jefatura Zona VII El Oro – Azuay 2206

Diagnóstico Socio-Antropológico
Mapa No. 3 Estratificación malárica por parroquias según IPA (2001)



Fuente: SNEM Jefatura Zona VII El Oro – Azuay 2206

Mapa No 4 Estratificación malárica por parroquias según IPA (2005)



Fuente: SNEM Jefatura Zona VII El Oro – Azuay 2006

Tabla No. 41 Estratificación malárica por localidades según IPA (2001)

IPA	Localidades y barrios	%	Muestras examinadas	Plasmodium		Total casos	%
				Falciparum	Vivax		
> 10	73	53,3	25.204	2.413	1.127	3.540	64,4
5 a 9	38	28	18.042	1.303	606	1.909	34,8
< 5	26	19	482	25	19	44	0,8
Total	137	100	43.728	3.741	1.752	5.493	100

Fuente: SNEM Jefatura Zona VII El Oro – Azuay 2206

Tabla No. 42 Estratificación malárica por localidades según IPA (2005)

IPA	Localidades y barrios	%	Muestras examinadas	Plasmodium		Total casos	%
				Falciparium	Vivax		
> 10	8	7,4	1.305	5	175	180	46,8
5 a 9	11	10	236	10	14	24	6,2
< 5	89	82	7.241	52	129	181	47,0
Total	108	100	8.702	67	318	382	100

Fuente: SNEM Jefatura Zona VII El Oro – Azuay 2206

Tabla No. 43 Localidades con mayor IPA (2001)

Cantón	Parroquia	Localidades	Muestras	Plasmodium		Total casos	IPA
					V		
Santa Rosa	Santa Rosa	San Antonio	30	8	2	10	357,1
El Guabo	La Iberia	La Raquel	33	16	3	19	206,5
Santa Rosa	San Antonio	San Antonio	155	31	34	65	133,7
Arenillas	Arenillas	Jobo (San Vicente)	271	33	49	82	132,3
El Guabo	El Guabo	Paraíso	24	12	2	14	125,0
El Guabo	El Guabo	Chaguana Chico	74	15	0	15	122,0
El Guabo	El Guabo	La Loma	141	35	1	36	100,0
Machala	El Retiro	Y de Buenavista	6	4	1	5	71,4
El Guabo	El Guabo	Santa Clara	12	6	0	6	69,8
Machala	El Cambio	Y de Machala	49	13	3	16	69,6
Total		10	795	173	95	268	

Tabla No. 44 Localidades o barrios con mayor IPA (2005)

Cantón	Parroquia	Localidades	Muestras	Plasmodium		Total casos	IPA
					V		
Pucará	San Rafael	Santa Cecilia	393	0	55	55	112,0
El Guabo	Barbones	Barbones	605	1	83	84	27,6
Pasaje	Loma de Franco	Palenque	58	0	10	10	15,9
Huaquillas	Milton Reyes	Milton Reyes	238	3	24	27	12,1
Arenillas	Arenillas	Libertad	13	1	3	4	9,0
Santa Rosa	Bella María	Quebrada	28	3	0	3	8,5
Huaquillas	Hualtaco	Hualtaco	19	0	3	3	6,7
Huaquillas	Ecuador	Ecuador	86	3	5	8	4,0
El Guabo	El Guabo	Central	126	0	3	3	3,8
Santa Rosa	Santa Rosa	Los Ceibos	54	3	1	4	3,7
Total			1.620	14	187	201	

Fuente: SNEM Jefatura Zona VII El Oro – Azuay 2206

Tabla No. 45 Positividad malárica por grupo de edad (2005)

Grupos de edad	Total			%
	Falciparum	Vivax	Total	
< 1	0	3	3	1
1 – 4	2	7	9	3
5 – 9	6	12	18	6
10 – 14	15	36	51	16
15 – 49	43	174	217	66
50 – 54	0	8	8	2
55 – 59	0	5	5	2
60 y +	1	15	16	5
Total	67	260	327	100
%	20	80	100	

Fuente: SNEM Jefatura Zona VII El Oro – Azuay 2206

Tabla No. 46 Positividad malárica por sexo (2005)

Sexo	Total de casos	%
Masculino	197	60,2
Femenino	130	39,8
Total	327	100

Fuente: SNEM Jefatura Zona VII El Oro – Azuay 2206

Tabla No. 47 Positividad malarica por grupo de edad (Primer Trimestre de 2006)

Grupos de edad	Total			%
	Falciparum	Vivax	Total	
< 1	0	1	1	2
1 - 4	0	3	3	6
5 - 9	0	2	2	4
10 - 14	0	7	7	13
15 - 49	8	29	37	69
50 - 54	1	1	2	4
55 - 59	0	2	2	4
60 y +	0	0	0	0
Total	9	45	54	100
%	17	83	100	

Fuente: SNEM Jefatura Zona VII El Oro – Azuay 2206

Tabla No. 48 Positividad malarica por sexo (Primer Trimestre de 2006)

Sexo	Total de casos	%
Masculino	36	11,0
Femenino	18	5,5
Total	54	17

Fuente: SNEM Jefatura Zona VII El Oro – Azuay 2206

Cooperación binacional

Es importante resaltar la cooperación continúa entre los responsables de malaria de las entidades sanitarias de la Provincia del El Oro y el Departamento de Tumbes. Esta se manifiesta a través de la realización conjunta de acciones de vigilancia y control, y la atención en salud indistintamente del país de procedencia. La cooperación se desarrolla dentro del marco del convenio binacional ZIF.

Dinámicas sociales región departamento de Tumbes

Medio ambiente

El Departamento de Tumbes está ubicado al noroeste del Perú, fronterizo con el Ecuador. Tiene un clima subtropical por encontrarse en una zona de transición entre el régimen tropical húmedo ecuatorial y el desértico de la costa peruana. Esta característica define la temporalidad de las lluvias, cuya época de mayor intensidad se encuentra entre los meses de diciembre a abril. Las precipitaciones pueden aumentar si se presenta el fenómeno de El Niño, el cual se da cada siete o diez años. Este fenómeno influye directamente en la incidencia de la malaria en la región dado que por el aumento de las precipitaciones, proliferan los criaderos del vector.

Si bien la malaria es endémica en esta región, se presenta principalmente en las áreas urbanas de los distritos. Para 2005, en el distrito de Aguas Verdes, fronterizo con el Ecuador, se registraron 172 casos de malaria, constituyéndose así como la única área de todo el departamento de alto riesgo.

Economía

El Departamento de Tumbes presenta algunas características que comparte con la Provincia de El Oro. Entre ellas, la dinámica fronteriza ligada a la actividad comercial, formal, informal e ilegal, que hace de ésta un corredor de gran movilidad geográfica de la población en búsqueda de oportunidades económicas. Adicionalmente, la zona fronteriza con Ecuador constituye un foco de atracción económica para la población peruana gracias a la dolarización de esta economía y a las posibilidades de trabajo en las grandes

Diagnóstico Socio-Antropológico

plantaciones bananeras. Dada esta situación, para el caso de Aguas Verdes, confluye allí una gran cantidad de población flotante que se ubica en barrios marginales de formación reciente y espontánea en condiciones precarias.

Por otra parte, desde el año 2003 existe una importante movilidad geográfica de población a la región ocasionada por el establecimiento de plantaciones arroceras. Este fenómeno está asociado directamente con los reportes de casos de malaria en los barrios aledaños a estos sembradíos.

Podríamos decir entonces, que la población dedicada al comercio ilegal y los habitantes de los barrios colindantes a los cultivos de arroz se constituyen en el grupo más vulnerable frente a la malaria.

El tránsito de personas y bienes, el flujo migracional, y las actividades comerciales se ven facilitadas por la buena comunicación terrestre, dado que la malla vial cubre todo el Departamento y, además, se cuenta con la carretera Panamericana, que cruza toda la región, intercomunicando rápidamente a Tumbes con Ecuador.

Si bien la región fronteriza está caracterizada por los altos volúmenes de transacciones económicas, se observa que estos recursos no son invertidos en la zona. El departamento, entonces, se constituye sólo como un espacio de movilidad de recursos económicos mas no de inversión de los mismos.

Condiciones sociales

En el 2000, FONCODES estratificó a los departamentos y distritos del Perú en cinco estratos de pobreza: extrema pobreza, muy pobres, pobres, nivel de vida regular, nivel de vida aceptable. Para ello tuvo en cuenta los siguientes indicadores: tasa de desnutrición crónica, porcentaje de población con déficit de aulas, porcentaje de población con déficit

Diagnóstico Socio-Antropológico
de postas, porcentaje de población sin agua, porcentaje de población sin desagüe,
porcentaje de población sin electrificación, inaccesibilidad vial.

Según la clasificación mencionada, el Departamento de Tumbes fue ubicado en el estrato “nivel de vida regular” con un índice absoluto de pobreza de 26,9. Los distritos con mayor pobreza son Matapalo, San Jacinto y Aguas Verdes. (ASIS- DRSA 2006: 22)

Según la encuesta nacional de hogares sobre condiciones de vida y pobreza (ENAH0) – IV Trimestre 2001, el 46.8% de la población del Departamento vive en condiciones de pobreza, y el 7.4% en condiciones de pobreza extrema. (ASIS- DRSA 2006: 22)

La infraestructura de vivienda de la población pobre en las áreas urbanas es bastante precaria. Sin embargo, el tipo construcciones no tienen relación directa con la incidencia de la malaria dado que éstos no se constituyen como nichos ideales para el vector. Por otra parte, la ubicación de las viviendas si constituye en sí misma un factor de riesgo dado que éstas se han construido muy cerca de cursos de agua, como el río Zarumilla, altamente contaminado, que desborda sus aguas en la época de lluvias. Así mismo, el precario ordenamiento del territorio impulsa la ubicación de las viviendas en zonas bajas susceptibles a inundarse o a acumular aguas por largos períodos de tiempo.

El acceso a condiciones mínimas de saneamiento básico (agua potable, acueducto, alcantarillado, recolección y disposición de basuras, entre otros) es bastante limitado, especialmente para la población más pobre, quienes habitan en barrios en formación y en donde es deficiente la gestión del espacio y el ordenamiento del medio.

Diagnóstico Socio-Antropológico



Aguas Verdes (Julio 2006)

Dinámicas en salud desde el sector público

El Grupo de Control y Prevención de la Malaria y el dengue de la DRSA - Tumbes analiza y coordina conjuntamente con los responsables de las Jefaturas de cada una de las Microrredes las siguientes estrategias de acción:

- Diagnóstico y tratamiento oportuno.
- Capacitaciones de los promotores de salud voluntarios y técnicos de enfermería en ETV, con énfasis en malaria.
- Acciones de promoción de la salud a la comunidad.
- Búsqueda activa de sintomáticos.
- Ordenamiento del territorio.

Si bien la malaria es endémica en esta región, problemáticas como el saneamiento básico (acueducto-agua potable y alcantarillado), las inundaciones de los barrios bajo en época de lluvias y el dengue se constituyen en este momento como las prioridades de salud en la región. Actualmente la DRSA Tumbes está planeando la fumigación de 44.000 viviendas para el control del dengue.

Diagnóstico Socio-Antropológico

Cabe señalar que en el distrito de Papayal los casos de malaria han sido asociados a la presencia de los militares en la zona. Muchos de ellos provienen del oriente y el departamento de Loreto, zonas altamente endémicas.

A nivel del departamento se cuenta con una importante cobertura física en PS y CS. Dada esta situación, el acceso y uso a los servicios de salud es fácil, no requiere de grandes desplazamientos y el tiempo entre la toma de la muestra y la entrega del antimalárico no demora más de un día. La Dirección de Salud de Tumbes implementa como estrategia para el cumplimiento de los esquemas de tratamiento con antimaláricos, el desplazamiento del paciente día a día al Centro de Salud para recibir su dosis.

Si bien se identificó la realización de actividades con la comunidad (búsqueda de febriles, control de pacientes y búsqueda de reservorios) por parte de personal de vigilancia epidemiológica, no se ha impulsado la construcción de organizaciones de base que desarrollen actividades de promoción y prevención.

Actualmente existe un problema estructural del sector salud ligado al déficit presupuestal que afecta el desarrollo de los programas que adelanta la DRSA de Loreto en malaria.

Es importante resaltar la iniciativa de la estructuración de un Consejo Regional de Salud para el departamento que cuenta con la participación con representantes del sector oficial de salud, el gobierno regional, los gobiernos municipales, el Colegio Médico, Facultad de Ciencias de la Salud, Gerencia de Desarrollo Social, práctica privada de salud, los profesionales no médicos, los trabajadores del sector salud, Red de la Mujer, Comedores Populares, CONAJU e Iglesia Católica. Este tiene como objetivo principal la formulación del plan concertado regional de salud dando cumplimiento a la participación ciudadana de acuerdo a la Ley de Bases de la Descentralización.



Diagnóstico Socio-Antropológico

Finalmente, tal y como se señaló con anterioridad para el caso de la Provincia de El Oro, es importante resaltar los esfuerzos de cooperación bilateral para el control de ETV entre las instituciones oficiales de salud de Perú y Ecuador.

Resumen epidemiológico del departamento de Tumbes

Morbilidad

Tabla No. 49 Principales causas de consulta externa en establecimientos de salud DIRSA Tumbes - 2005

Causas de Morbilidad General	No. de Casos	%
Enfermedades de las vías respiratorias superiores	24.539	28,19
Afecciones dentales y periodontales	8.493	9,76
Enfermedades infecciosas intestinales	8.336	9,58
Enfermedades del aparato urinario	7.088	8,14
Otras enfermedades del aparato respiratorio	6.673	7,67
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	6.042	6,94
Otras enfermedades infecciosas y parasitarias	3.889	4,47
Enfermedades de los órganos genitales femeninos	3.317	3,81
Enfermedades de otras partes del aparato digestivo	2.392	2,75
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	2.346	2,70

Fuente ASIS DRSA Tumbes 2006.

Malaria

Dadas las características climáticas del departamento de Tumbes, las enfermedades de transmisión de vectores, como el dengue y la malaria, son endémicas.

Durante 1998 y 1999, luego del fenómeno de El Niño, se presentaron más de 50.000 casos de malaria en la región de Tumbes. Esta epidemia sobre pasó la capacidad de respuesta de los servicios de salud. (DRSA Tumbes 2006)

Para el 2005, se registraron tan sólo 443 en todo el departamento. Esta disminución se debe principalmente a la implementación de acciones de control del vector, cambio de la cloroquina por la farmaco-resistencia del *P. falciparum* y la escasa pluviosidad en la región durante los últimos años. (DRSA Tumbes 2006)

Tabla No. 50 Casos de malaria en el 2005

P. vivax	P. falciparum	Total
424	19	443

Fuente ASIS – DRSA Tumbes 2006.

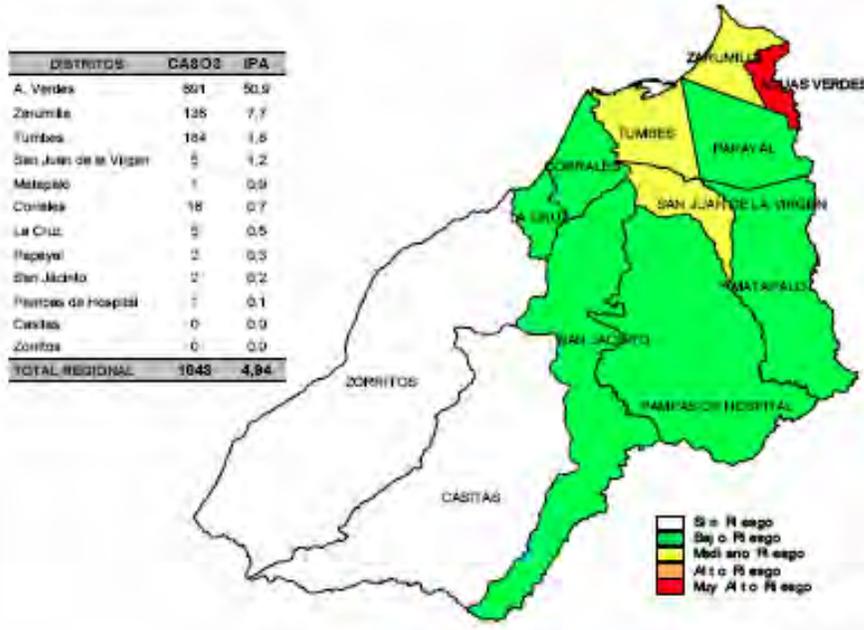
Tabla No. 51 Estratificación distrital de malaria según Índice Parasitario Anual (IPA) Región Tumbes 2004 - 2005

Distritos	2004		2005	
	Casos	IPA	Casos	IPA
Aguas Verdes	691	50,90	172	12,30
Zarumilla	136	7,70	31	1,71
Tumbes	184	1,80	171	1,64
San Juan de la Virgen	5	1,20	2	0,47
Matapalo	1	0,90	0	0,00
Corrales	16	0,70	49	2,11
La Cruz	5	0,50	7	0,71
Papayal	2	0,30	1	0,13
San Jacinto	2	0,20	2	0,25
Pampas de Hospital	1	0,10	6	0,88
Casitas	0	0,00	1	0,33
Zorritos	0	0,00	1	0,06
Total	1.043	4,94	443	2,05

Fuente ASIS DRSA Tumbes 2006.

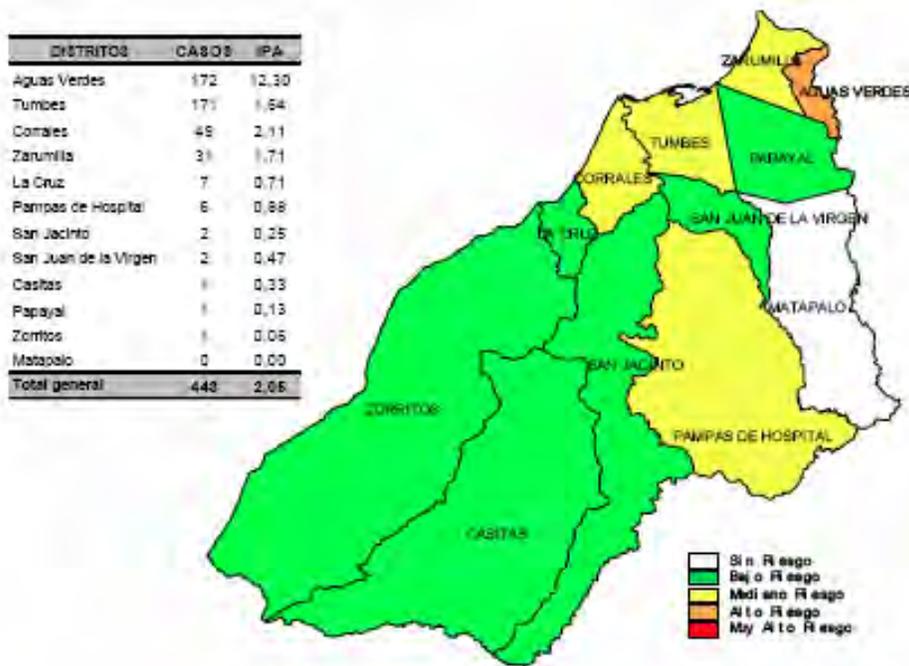
Mapa No 5 Estratificación distrital de malaria según Índice Parasitario Anual (IPA) Región Tumbes 2004

Diagnóstico Socio-Antropológico



Fuente ASIS DRSA Tumbes 2006.

Mapa No. 6 Estratificación distrital de malaria según Índice Parasitario Anual (IPA) Región Tumbes 2005



Fuente ASIS DRSA Tumbes 2006.

A pesar de la reducción significativa de la incidencia de casos en los últimos cinco años, las condiciones de riesgo para la transmisión aún permanecen presentes en la región.

Entre estas se puede mencionar:

- El clima cálido que favorece la reproducción del vector.
- Los periodos lluviosos intensos que determinan la formación de criaderos y crecimiento de la vegetación, creando condiciones adecuadas para la reproducción del vector.
- La alta tasa de migración en zona de frontera, así como personal de tropa que llega infectado desde zonas de transmisión, especialmente del oriente del país.
- Grandes extensiones de área de cultivo de arroz colindante a zonas urbanas y campañas de cultivo dos veces al año que determinan altos índices vectoriales.
- Deficientes condiciones de saneamiento que determina hábitat favorables para el desarrollo del vector (rotura permanente de sistema de agua y desagüe, canal internacional con deficiente limpieza y mantenimiento, presencia de lagunas de oxidación cercano a centros poblados, entre otros).
- Aspectos culturales de la población que es renuente de la población a adoptar medidas de protección personal. (ASIS – DRSA Tumbes 2006: 82)

En la región se han identificado como principales vectores principales de la transmisión de malaria a *Anopheles albimanus* y *A. Pseudopunctipennis*; y *A. calderon* como vector secundario. (ASIS – DRSA Tumbes 2006: 80)

Cooperación binacional

Es importante resaltar la cooperación continúa entre los responsables de malaria de las entidades sanitarias de la Provincia del El Oro y el Departamento de Tumbes. Esta se manifiesta a través de la realización conjunta de acciones de vigilancia y control, y la atención en salud indistintamente del país de procedencia.

3. CULTURA DE LA SALUD ZONA HOMOGENEA PROVINCIA DE EL ORO-DEPARTAMENTO DE TUMBES

Cultura de la salud de la provincia de El Oro

Representaciones sociales en salud – enfermedad ETV – malaria

La población de la región de El Oro, debido al trabajo comunitario efectuado, tiene una cognición de la malaria similar a la que puede tener un proveedor oficial de salud. La malaria presenta una triple situación como enfermedad:

- 1) La enfermedad como tal ha sido un foco para la educación y comunicación en salud. Esto ha implicado que la población haya introducido dentro de su cognición cotidiana un conocimiento experto de lo que es, significa y puede resultar de padecer esta enfermedad. El vector, en este sentido, no es desconocido para la comunidad a pesar de no poder distinguirlo con una propiedad entomológica. Dentro de su manera de percibir el mundo que lo rodea, el mosquito hace parte de su panorama-paisaje social. La presencia del zancudo en el ambiente no es un factor de ruptura social. Es más es algo con lo cual se convive y se afronta cuando funcionalmente se necesite hacerlo. Las prioridades en salud, entonces, no están focalizadas a destruir y eliminar el vector ya que otras enfermedades infecciosas son priorizadas en su vida cotidiana. El hecho de tener un trabajo como el realizado por el SNEM socialmente ha tenido un doble efecto: control de la enfermedad y confianza en que la enfermedad será tratada de una u otra manera.
- 2) El reconocimiento cognitivo siempre está acompañado de la experiencia individual y grupal de la enfermedad; es decir, que se actualiza el conocimiento experto solamente en la medida en que haya presencia de la enfermedad en un individuo, la familia nuclear, el grupo social más cercano, por ejemplo vecinos o colegas de trabajo. La población diferencia la malaria por la fuerza de la sintomatología; la

Diagnóstico Socio-Antropológico

“suave”, de acuerdo a sus propias narrativas, que puede tener una gestión intrahogar y la “maligna” que exige un apoyo oficial contundente. Ambos tipos de manejo de la malaria se desarrollan de acuerdo a las trayectorias terapéuticas usuales. El itinerario terapéutico sigue un patrón de conducta típico en la región que está organizado de acuerdo a la presencia de episodios febriles continuos; hay una escogencia cognitiva de cómo leer esos episodios febriles y eso es lo que determina los pasos siguientes a realizar. Ante la aparición de los primeros síntomas (primer episodio febril) se toma paracetamol para controlar la fiebre; este medicamento se ha convertido en un elemento de su botiquín familiar y de su recetario cultural. Es más, este medicamento ha sufrido un proceso de transubstanciación en el cual su principio activo sirve para solucionar el episodio febril y la co-morbilidades asociadas a éste. Ante la persistencia de la fiebre se despierta la sospecha de que el episodio febril puede ser malaria y, en consecuencia, se acude a la instancia que tiene la legitimidad para atender y responder a la necesidad sentida del individuo o grupo social. Allí se toma la muestra, se hace el diagnóstico, se sigue la guía de manejo clásica y, en general, hay una buena adherencia al tratamiento cuando se llega a esta instancia. Aunque los medicamentos antimaláricos son de uso exclusivo del sector oficial en algunas droguerías es posible encontrarlos de venta libre.

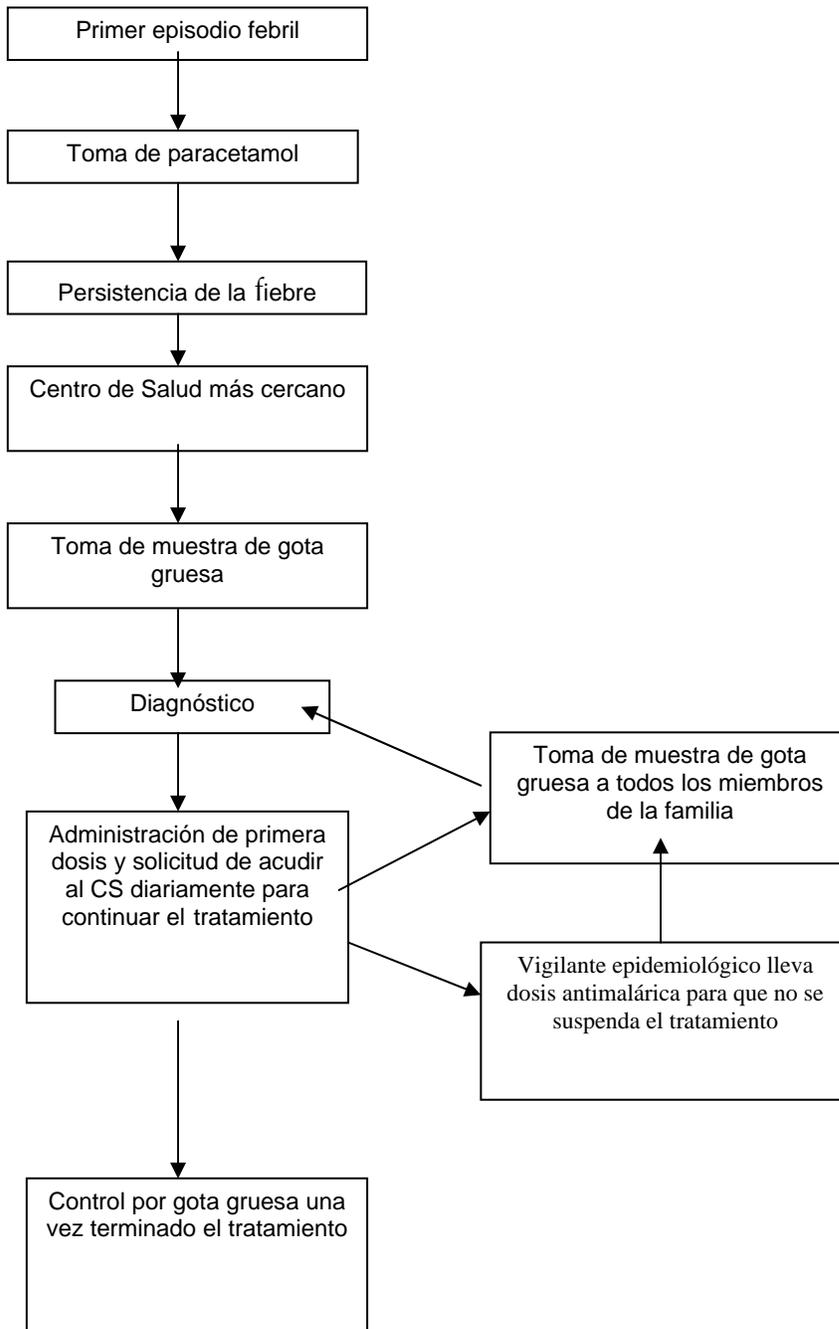
- 3) El reconocimiento de los síntomas no significa, per se, que se instauren prácticas sociales que busquen un control de ella. Sin embargo, la población ha buscado desarrollar estrategias locales que permitan controlar los depósitos de agua. Para ellos, el problema de la malaria está asociada a la presencia de agua y al control de aquellos que son y que puedan ser potencialmente depósitos, y por ende, criaderos del vector. A pesar que el problema de los inservibles es evidente en la región, las basuras no son percibidas como focos potenciales de enfermedad. Ellas hacen parte de la estética social del lugar; se presenta una canalización de lo que es, significa y puede tener como consecuencia la acumulación de basuras tanto en el espacio público como en el privado. Bajo esta perspectiva, entonces, podemos

Diagnóstico Socio-Antropológico

establecer que el riesgo de contraer la enfermedad está asociado a: (i) el manejo del agua; (ii) la capacidad de reacción en tiempo real para acudir al Centro de Salud; (iii) la adherencia al tratamiento. Los mecanismos de prevención como los toldillos no son un elemento exógeno a su cultura, sino que son artículos que hacen parte del mobiliario del hogar. Su función básicamente radica en brindar comodidad durante las horas de la noche. Esta población tiene, debido a las condiciones de vida, una orientación temporal hacia el futuro lo que implica que haya una noción de prevención primaria y previsión frente aquellos elementos que puedan romper con las dinámicas propias de la sociedad. Debido a que el comercio es una actividad permanente, la idea de prevención de las enfermedades necesita estrategias que tiendan a limitar la vulnerabilidad social. Sin embargo, poblaciones como los estiberos son un grupo social de alto riesgo debido a la labor que ejercen, la cual es realizada usualmente en la noche.

Diagnóstico Socio-Antropológico

Mapa conceptual de itinerarios terapéuticos.



Trayectorias de riesgo

Tabla No. 52 Trayectorias de riesgo Provincia de El Oro

Trayectorias disposicionales	Trayectorias situacionales
Actividades en esfera privada durante horas activas del vector	Vivienda ubicada cerca a fuentes de agua.
Actividades de comercio ilegal durante las horas activas del vector (estiberos)	Vivienda ubicada en zonas propensas a la inundación.
Actividades laborales-agrícolas cerca a fuentes de agua.	Viviendas o áreas de trabajo ubicadas en zonas sin control de criaderos.
Escaso ordenamiento del medio	Nivel de aguas en ríos y caños asociado al ciclo de lluvias.
No uso de protección cuando se realizan actividades de subsistencia o comerciales	El fenómeno de El Niño aumenta exponencialmente los criaderos del vector
Movilidad geográfica por razones económicas	Canal Internacional y río Zarumilla
	Bajos niveles de gobernabilidad
	Bajos niveles de condiciones sociales (Entre otros, acceso a agua potable)
	Economía dolarizada, grandes bananeras exportadoras

Cultura de la salud departamento de Tumbes

Representaciones sociales en salud-enfermedad

El departamento de Tumbes es un importante receptor de población proveniente de diversos orígenes geográficos y, por tanto, con rasgos culturales diversos. Sin embargo, esta población comparte, en términos generales, las representaciones sociales en torno a la salud y la enfermedad. Éstas, como en otras regiones del Perú, están asociadas a la experiencia corporal y situacional. Se podría afirmar que la salud hace referencia a la ausencia de malestares físicos (dolencias, enfermedades) que puedan impedir al individuo ser socialmente funcional y, a la vez, ser activo en términos económicos. En este orden de ideas, se percibe esta condición como la posibilidad de acceder y participar efectivamente en oportunidades que mejoren sus condiciones de vida: vivienda “digna”, agua potable, alcantarillado, fuentes de empleo, permanente ingreso de recursos económicos, educación y cubrimiento de sus necesidades de servicios de salud gratuitamente.

Para la población entrevistada, de este departamento, la enfermedad se inscribe principalmente en el cuerpo. Este, es percibido como un instrumento en donde se evidencian una multiplicidad de manifestaciones/síntomas que padece el individuo, las cuales deterioran su salud física y, por tanto, afectan su funcionalidad corporal y social en el mundo de la vida cotidiana, tal y como fue mencionado con anterioridad. Como se observa, esta es una categoría que le permite a la población comprender y afrontar los síntomas que puedan surgir por la irrupción/presencia de alguna disfunción.

Representaciones sociales en salud-enfermedad ETV – malaria

En términos generales, se puede establecer que la población de la región de Tumbes posee una cognición “básica” sobre la malaria, es decir que este grupo, a pesar de su diversidad socio-cultural, reconoce los síntomas de esta enfermedad (fiebres recurrentes y periódicas, escalofríos, dolores musculares, dolores de cabeza, entre otros) y de no ser tratada puede ser letal. Además, si bien se reconoce al mosquito como vector transmisor, no se puede definir exactamente el tipo de vector. Sin embargo, la sintomatología inicial se confunde algunas veces con el dengue, virosis de diversas índoles y otras patologías “infecciosas” (bronquitis, eruptivas, etc). Por lo demás, la malaria está asociada con el agua: el consumo de este líquido vital, “sin tratamiento” y contaminado por el vertimiento de desechos de inservibles y aguas negras; la inundación de éstas a los barrios en formación en las zonas bajas cercanas a los cursos de aguas, y la existencia de aguas estancadas (charcos y cochas) se asocian con potenciales criaderos del vector.

En este sentido, el ordenamiento y mantenimiento de su espacio vital no es prioritario. Por ello, las charcas y basuras (inservibles) hacen parte de su esfera cotidiana y el mosquito en el ambiente no se constituye en un factor de ruptura social ya que se convive con él y sólo se afronta cuando funcionalmente se necesite hacerlo.

Es importante anotar que la población llegada “recientemente ” a la región, después del año 2000, adquirió su conocimiento sobre la malaria a través de la experiencia individual y grupal en la medida en que la malaria ha afectado directamente a la persona en cuestión, a su familia o a su grupo social más cercano.

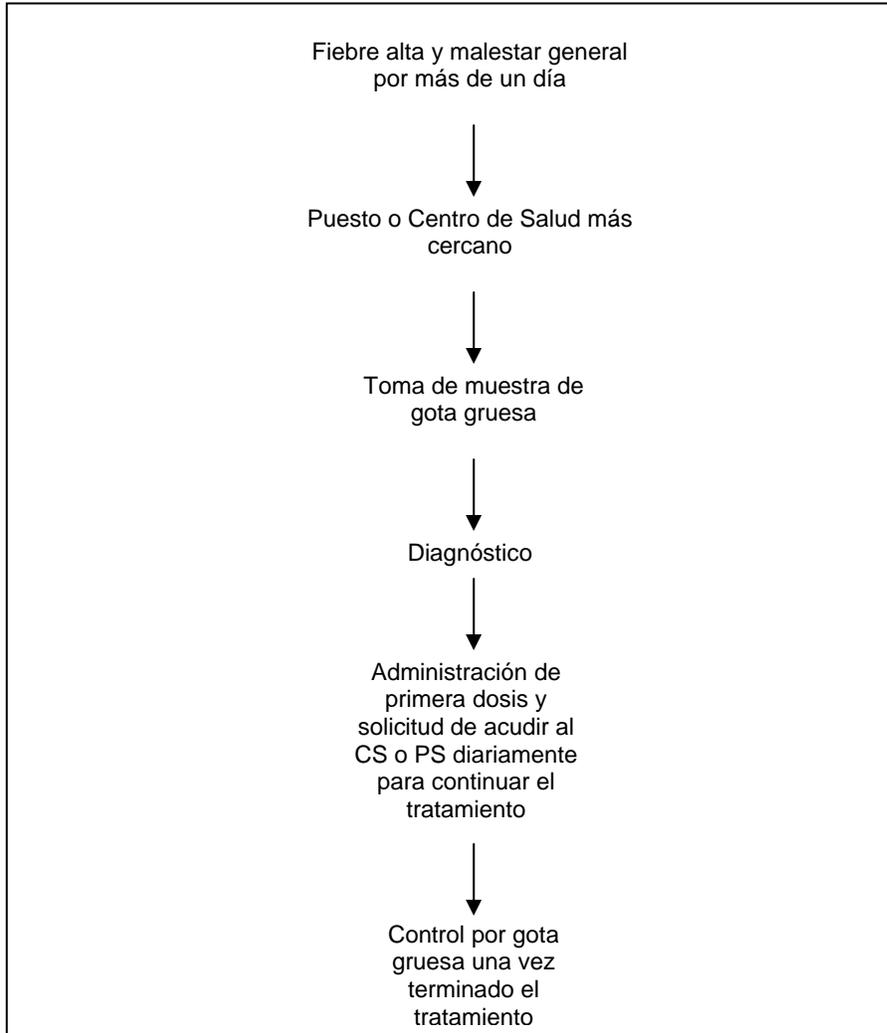
La población, entonces, reconoce las guías básicas de tratamiento. Dado este conocimiento, muchos de ellos acuden directamente a las instancias oficiales de salud para encontrar la solución a la enfermedad. Las trayectorias en salud para afrontar la malaria están conformadas por el recurso a los servicios oficiales.

Itinerarios terapéuticos

El primer elemento que detona el proceso terapéutico es el episodio febril. Si la fiebre y el malestar persisten por más de un día, el individuo recurre a la oferta de salud oficial, en este caso el Puesto o Centro de Salud más cercano a su vivienda. Allí realizan la toma de la muestra, el diagnóstico y la entrega de la primera dosis del tratamiento antimalárico. Para asegurar la adherencia, el sector oficial de salud exige al individuo acudir a sus centros de atención los días que dure el tratamiento, para suministrarle el medicamento antimalárico.

Hay un contra sentido en la lógica de control y seguimiento epidemiológico de la malaria, ya que la población, al ser por Constitución co-responsable de la salud, debe autoregularse y autocontrolarse. En el mecanismo de vigilancia epidemiológica oficial, el seguimiento no enfatiza el plano comunitario, sino que se prioriza la expectativa de que el individuo acuda al Centro o Puesto de Salud para ser controlado. La adherencia al tratamiento, en este caso, es un proceso donde combina la autorregulación, el presentarse al puesto o centro de salud y el deber de este último de ofrecer los servicios adecuados. La población adulta paga, excepto enfermedades como malaria y dengue, tarifas por la atención (consultas, hospitalización, pruebas diagnósticas, entre otras.) y por los medicamentos, con excepción de algunos programas de salud (tuberculosis, seguro escolar, seguro materno – infantil) en áreas piloto que incluyen atención y medicamentos gratuitos. Es de anotar que no existe un conjunto o plan básico de prestaciones sanitarios al cual tengan derecho todos los ciudadanos.

Mapa conceptual de itinerarios terapéuticos



Trayectorias/percepción de riesgo

Los habitantes del departamento de Tumbes centran sus actividades económicas en el comercio y la agricultura. El riesgo no se ubica tanto en el tipo de construcción de la vivienda, sino en las actividades comerciales ilegales y las de la esfera privada realizadas en horas de la noche espacio de tiempo en donde el vector es un elemento más del panorama social y por ende no exige tratamiento especial.

Así las prácticas de prevención para la población están centradas en el uso del toldillo y la fumigación, pues, sus condiciones de vida exigen una orientación temporal hacia el presente. Además, la malaria está asociada a la presencia de aguas estancadas o contaminadas y al precario saneamiento básico. Estos problemas, que son evidentes en la región, se perciben como focos potenciales de enfermedad.

Las trayectorias de riesgo están determinadas por la articulación entre la percepción de la salud y las condiciones de vida. Debido a que gran parte de la población vive bajo condiciones sociales precarias, la percepción de riesgo y vulnerabilidad es permanente, imposibilitando así un pensamiento preventivo. Protegerse contra la malaria no es una práctica excepcional para el individuo; lo importante en salud-enfermedad radica en el hecho de no presentar síntomas y no estar enfermo, es una condición práctica de vida y no un objetivo a lograr. Por esta razón, las enfermedades transmitidas por vectores no se constituyen en una prioridad existencial sino en un elemento más con el cual deben convivir.

Los siguientes puntos muestran los elementos que comparte la población y el sector oficial en términos de trayectorias y percepción del riesgo frente a la malaria.

Tabla No 53 Trayectorias de riesgo departamento de Tumbes

Trayectorias disposicionales	Trayectorias situacionales
Actividades en esfera privada durante horas activas del vector	Vivienda ubicada cerca a fuentes de agua.
Actividades de comercio ilegal durante las horas activas del vector (estiberos)	Vivienda ubicada en zonas propensas a la inundación.
Actividades laborales-agrícolas cerca a fuentes de agua.	Viviendas o áreas de trabajo ubicadas en zonas sin control de criaderos.
Escaso ordenamiento del medio	Nivel de aguas en ríos y caños asociado al ciclo de lluvias.
No uso de protección cuando se realizan actividades de subsistencia o comerciales	El fenómeno de El Niño aumenta exponencialmente los criaderos del vector
Extracción ilegal de agua en barrios marginales (rompimiento de tubos-criaderos)	Canal Internacional y río Zarumilla
Movilidad geográfica por razones económicas	Pozos de oxidación en barrios Zarumilla
	Bajos niveles de gobernabilidad
	Precarias condiciones sociales
	Presencia de efectivos del ejército provenientes de áreas con alta endemicidad (Papayal)

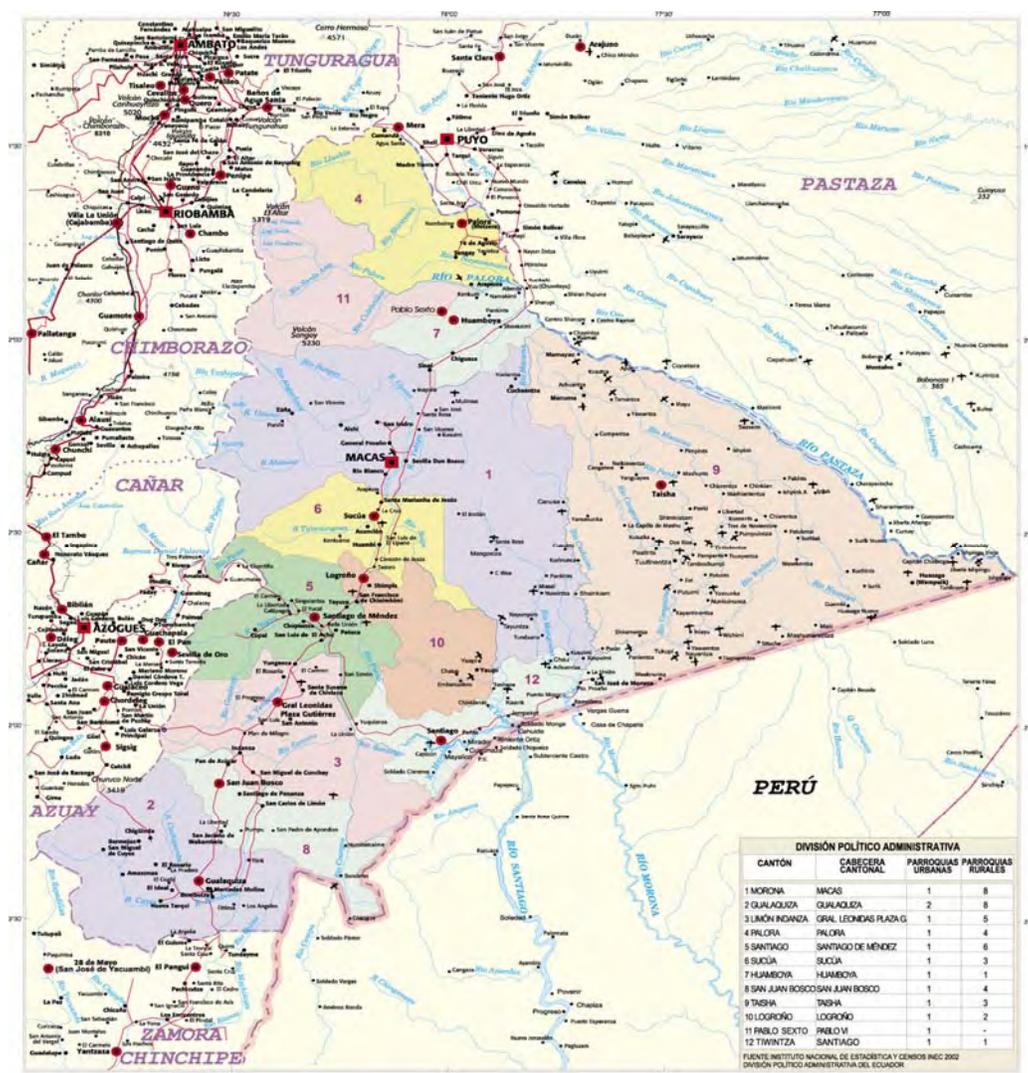
BIBLIOGRAFÍA

- Beltrán, Efraín. 2006. Consejo técnico de malaria y dengue. Zona VIII del SNEM El Oro – Azuay. Presentación power point.
- Dirección Regional de Salud Tumbes. 2005. *Análisis de la situación de salud de la Región de Tumbes 2004*. Documento de trabajo. Tumbes.
- Dirección Regional de Salud Tumbes. 2006. *Análisis de la situación de salud de la Región de Tumbes 2005*. Documento de trabajo. Tumbes.
- Dirección Regional de Salud Tumbes. 2006. *Plan concertado regional de salud – Tumbes 2006-2010*. Documento de trabajo. Tumbes.
- Gobierno Provincial Autónomo del Oro. Secretaría Nacional de Planificación y desarrollo. Diagnóstico socio-económico y territorial de la Provincia de El Oro. En línea: www.eloro.gov.ec
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. En línea: www.inec.gov.ec
- Jefatura Zona VIII del SNEM El Oro – Azuay.2005. *Estadísticas de malaria por semana 2004*. Documento de trabajo. Machala.
- Jefatura Zona VIII del SNEM EL Oro – Azuay.2006. *Estadísticas de malaria por semana enero – mayo 2006*. Documento de trabajo. Machala.
- Ministerio de Salud Pública. Instituto Nacional de Estadística. 2005. Tasas de morbilidad. En línea: www.msp.gov.ec
- Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. 2002. Inventario de instituciones y programas de salud de las fronteras andinas. Documento borrador. En línea: www.conhu.org.pe
- OPS.2001. Perfil del sistema de servicios de salud de Ecuador. Segunda edición. En línea: www.paho.org
- OPS.2001. Perfil del sistema de servicios de salud de Perú. Segunda edición. En línea: www.paho.org

Diagnóstico Socio-Antropológico

CAPÍTULO 9 ZONA HOMOGÉNEA PROVINCIA MORONA SANTIAGO

El informe que se presenta a continuación es un diagnóstico antropológico que aborda el contexto socio-cultural de la malaria para la zona homogénea Morona Santiago, localizada en la región de la Amazonía Ecuatoriana. La investigación se concentró en la cabecera cantonal (Taisha) y veredas rurales cercanas con población mestiza y Shuar.



Mapa No. 1 Morona Santiago 1

Diagnóstico Socio-Antropológico

Tabla No. 1 Localidades visitadas

Tipo	Nombre	Población
Cabecera cantonal	Taisha	Población shuar, quechua y colonos
Rural	La Libertad	Asentamiento colono
Rural	San Antonio	Comunidad Shuar
Rural	Bangui	Comunidad Shuar

Tabla No. 2 Instrumentos metodológicos utilizados

Entrevistas estructuradas	semi-	Grupos Focales	Archivo
N = 22		2 (personal del Hospital San José y miembros de la comunidad shuar de Panguí)	-Plan Desarrollo Cantonal -Documentos del Hospital -Estadísticas
Entrevistados: director SNEM Morona Santiago, médicos, enfermeras, personal administrativo del hospital, concejales, funcionarios del municipio, promotores de salud, curandera(naturista), líderes comunitarios, amas de casa, profesores.			
Grupos Etéreos	18- 60 años		

1. ORGANIZACION SOCIAL ZONA HOMOGENEA MORONA SANTIAGO

Tipo de región

Tabla No. 3 Caracterización del Cantón Taisha.

Provincia	Morona Santiago
Cantón	Taisha
Fundación del Cantón	28 de junio de 1996
Localización	Región Amazónica Ecuatoriana
Altitud	570 m.s.n.m
Clima	Tropical con humedad relativa entre el 85% y 95%
Temperatura	24-25 °C
Limites	Este: Provincia de Pastaza-Perú, Oeste: Cantón Morona, Sur: Perú, Norte: Provincia Pastaza
Extensión Territorial	7.710km ²
Población	13.078 habitantes
Composición Étnica	90% indígenas shuar y achuar, 10% colonos e indígenas quechua
División Territorial (parroquias)	Taisha (cabecera cantonal) Makuna (rural) Tuutin-entsa (rural) Huasaga (rural achuar)

Organización política del cantón:

Federaciones de Centros Shuar y Achuar

- Federación Interprovincial de Centros Shuar (FICSH), (parroquias de Taisha y Tuutin-entsa)
- Federación Independiente del Pueblo Shuar del Ecuador (FIPSE), (parroquia Makuma)
- Federación Interprovincial de las Nacionalidades Achuar del Ecuador (FINAE), (parroquia Huasaga)

Tabla 4. División política del cantón Taisha

FEDERACIONES Y COLONIAS	PARROQUIAS				TOTAL
	Taisha	Makuma	Huasaga	Tuutin-entsa	
FICSH:					
Asociaciones	2	1		5	8
Centros	26	4		37	67
Grupo de Mujeres	8			1	9
FINAE:					
Asociaciones			4		4
Centros			31		31
FIPSE:					
Asociaciones		7			7
Centros		43		3	46
COLONOS:					
Barrios Urbanos	2				2
Colinas	2				2

Fuente: Plan de Desarrollo del Cantón Taisha

Población

Tabla No. 5 Población del cantón por parroquias según sexo

DETALLE	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
Taisha Urbano	293	492	785
Taisha Rural	1.925	1.834	3.759
TOTAL TAISHA	2.218	2.326	4.544
Huasaga	1.191	897	2.088
Makuma	1.508	1.394	2.902
Tuutin-entsa	1.816	1.728	3.544
TOTAL P. RURAL	4.515	4.019	8.534

Fuente: Censo INEC – 2001

Servicios de Salud

Prestadores de servicios de salud:

- Dirección Nacional de los Pueblos Indígenas Área N. 6 y N. 7
- Servicio Holandés
- FICSH, FINAE, FIPSE
- Hospital San José de Taisha
- Subcentros de Salud
- Auxiliares de Enfermería
- Promotores de Salud

Tabla No. 6 Proveedores de Salud

PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD AREA 7	
Subcentros de salud	- Wasaketntsa - Maizal - Tutinentsa
Puestos de salud	- Tukupi - Shinkiatan - Pimpintsa - Ipiak - Wampuik - Kapatinentsa - Nunki Nunkua - Whichimi - Pampuentisa

Indicadores en Salud

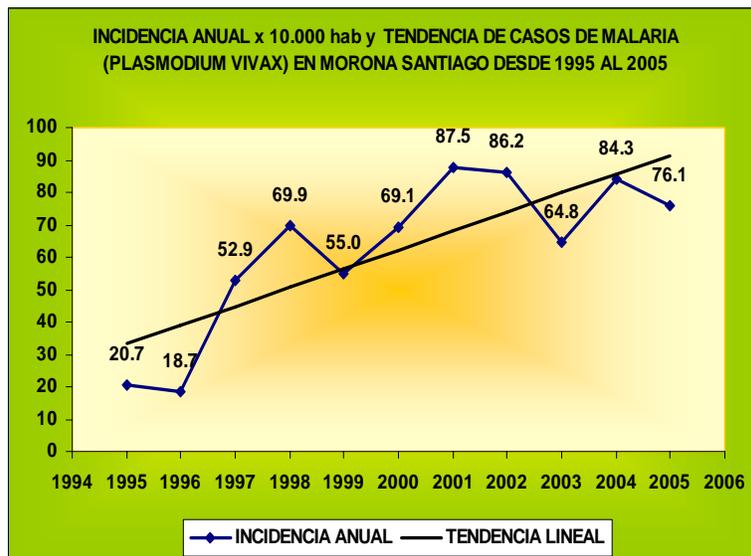
Tabla No. 7 Causas principales de morbilidad, Taisha. 2001.

Orden	Causas	No Casos
1	Infecciones respiratorias agudas	1290
2	Paludismo	740
3	Enfermedad diarreica aguda	577
4	Leishmaniasis	35
5	Tuberculosis pulmonar	29
6	Partos	40
7	Abortos	17

Fuente: Plan de Desarrollo del Cantón Taisha

Indicadores de Malaria

Gráfico No. 1 Incidencia anual por Plasmodium Vivax en Morona Santiago (1995-2005)



Fuente: Dirección de salud provincial de Macas

Programas en Prevención y Promoción

Proyectos:

- Capacitación para manejo de medicina tradicional
- Charlas educativas para niños, jóvenes y familia
- Planificación familiar
- Coordinación con el ministerio de Salud para el control de vectores
- Programa educativo en Salud Sexual y Reproductiva

Economías Locales

Tabla No. 8 Economía de subsistencia y economía de mercado

Sector	Actividad	Productos/ Servicios
Primario	Agricultura Ganado	Cacao, maní, miel de meliponas, frijol, fibra, achiote y jengibre
	Agricultura tradicional (chacra) Caza, recolección y pesca	Yuca, camote, papa china, pelma, oritos
Secundario	Microempresas	Producción y comercialización de productos agrícolas y artesanales
Terciario	Ecoturismo Comercio	Bienes de consumo básicos

- Plan de manejo del bosque húmedo tropical en la zona Achuar y recuperación de la chacra. El número de hectáreas reforestadas de interés económico en la zona achuar asciende a 334.66; la sangre de drago ocupa el primer lugar con 89.1 hectáreas. El número de hectáreas de especies no maderables reforestadas es de 188.77

Servicios Públicos

- La cabecera cantonal cuenta con una central telefónica de Pacifictel S.A. y ciertas instituciones públicas poseen líneas telefónicas.

Diagnóstico Socio-Antropológico

- La comunicación entre las comunidades se realiza mediante radios en frecuencia HF y la Municipalidad con la frecuencia 9100

Saneamiento ambiental

- Infraestructura inadecuada
- No hay sistema para disposición de excretas
- Contaminación del agua, no hay sistema de agua potable

Sistemas de transporte



Avión de la FAE

Fuente: Plan de Desarrollo del Cantón Taisha, 2003

Tabla No.10 Sistemas de transporte

TIPO DE TRANSPORTE	MEDIOS DE TRANSPORTE	CARACTERISTICAS
Terrestre	A pie Caballos 4 camionetas desde Taisha para las comunidades cercanas	Distancias entre los centros oscila entre una hora a cinco días. Las vías son senderos estrechos por la mitad de la selva y caminos vecinales abiertos en forma de trocha. Sólo hay una carretera que llega hasta el río Makuma. Desde ahí hay 63.3 Km. para llegar a la cabecera cantonal.
Fluvial	Canoas	Ríos navegables: Makuma, Kankaim y Morona
Aéreo	Avionetas Aviones	Taisha se comunica con las ciudades de Puyo, Macas y Sucia. Empresas privadas: Servicio Aéreo Misional, Servicio Aéreo Regional, Aéreo Tsentsak, Atur, ATESA, Alas de Socorro. FAE: Avión Twin Other con capacidad para 19 pasajeros

Sistema educativo

Tabla No. 11 Planteles educativos primarios y secundarios del cantón Taisha

PARROQUIA	PRIMARIO			SECUNDARIO			
	FISCOM.	FISCAL	TOTAL	COLEG.	EXTENS.	PARAL.	TOTAL
HUASAGA	15	13	28	1	2	6	9
MAKUMA	4	28	32	2	0	1	3
TUTINENTSA	23	8	31	0	1	5	6
TAISHA	23	4	27	1	3	3	7
TOTALES	65	53	118	4	6	15	15

Fuente: Plan de Desarrollo del Cantón Taisha

- Para la población Shuar y Achuar la educación es bilingüe
- Nivel primario: 54 % Fiscomisional y 46 % fiscal
- Nivel medio: 84 % es Fiscomisional y 16% fiscal
- 4.349 alumnos de nacionalidad Shuar y Achuar (99 %)
- 147 alumnos hispanos (1%)
- De las 118 escuelas primarias 90 están bajo la responsabilidad de un solo profesor

Tabla No. 12 Actores sociales en el Cantón Taisha

Recursos Naturales	Fundación Chankuap
Organizaciones	Barrios Grupo de Mujeres Familias Clubes Deportivos
Organizaciones Indígenas	Centros o comunidades Asociaciones FIPSE FICSH FINAE OSHE
Gobiernos Seccionales	Gobierno Municipal del Cantón Taisha Juntas Parroquiales
Desarrollo Económico	Servicio Holandés
	Fundación Chankuap Productores Ganaderos Comerciantes
	Promotores de Producción Comisiones de Producción
Educación	DIPEIB Dirección de Educación Hispana SERBISH Instituciones Educativas: Jardín, Escuela, Colegio, Universidad
Salud	Dirección Nacional de los Pueblos Indígenas Área N. 6 y N. 7 Servicio Holandés FICSH, FINAE, FIPSE Hospital San José de Taisha Subcentros de Salud Auxiliares de Enfermería Promotores de Salud
Religiosas	Misión Salesiana Misión Evangélica
Seguridad Pública	Batallón de Selva N. 50 Morona FAE Jefatura Política Cantonal Policía Nacional

2. DINAMICAS SOCIALES ZONA HOMOGENEA MORONA SANTIAGO

Acceso y comunicación

Taisha, como muchos territorios de la amazonia ecuatoriana, históricamente ha estado en condiciones de aislamiento, debido a la carencia total de vías de comunicación terrestre que sirvan como conexión con otras poblaciones. Dadas sus características en términos poblacionales (población indígena) así como de recursos naturales (selva amazónica) la provincia Morona Santiago ha sido un territorio relativamente intervenido por agentes externos con intereses particulares, lo que ha contribuido a la existencia de vías y formas de contacto. La pista de aterrizaje ubicada en la cabecera cantonal, por ejemplo, fue construida por la compañía Royal Dutch Shell en 1939 para facilitar el ingreso de hombres y maquinaria para la explotación de petróleo. Así mismo, con relación a la carretera Taisha-Macas cuya construcción está detenida, la compañía petrolera Burlington Resources Ecuador Limited ofreció entregar \$40 millones de dólares para construir los 75 km que restan del proyecto, siempre y cuando se les permita operar en el bloque 24, algo a lo que se oponen rotundamente las organizaciones Shuar y Achuar. Por otro lado, el tránsito aéreo ha estado vinculado a la llegada de misiones salesianas y evangélicas, así como de grupos militares que se establecieron allí para proteger la frontera con Perú.

Diagnóstico Socio-Antropológico



Avioneta de "Alas del Socorro"

Actualmente el ingreso al cantón es posible por vía aérea desde la parroquia Shell o desde la ciudad de Macas con vuelos que oscilan entre 30 y 40 minutos. Se puede viajar con empresas privadas en las que el flete vale 200 dólares aproximadamente, o a través de la FAE que dentro su programa Acción Cívica hace vuelos dos días a la semana con un costo del pasaje de 10 dólares. Otra forma de ingreso es a través de una única vía de acceso (Macas-Taisha) que llega hasta el río Makuma, a partir de ahí deben recorrerse 63,6 km para llegar a la cabecera cantonal.



Caminos cercanos de Taisha 1

Al interior del cantón es posible encontrar picas o trochas transitables, así mismo en la cabecera se cuenta con 6 camionetas que transportan a la población cobrando 2 dólares el pasaje, sin embargo estas sólo llegan a las comunidades más cercanas. Por otro lado existen ríos navegables (Makuma, Kankaim y Morona) que permiten realizar transacciones comerciales a través del uso de canoas.



Inundaciones en los caminos 1

Economías locales

Estas formas limitadas de ingreso y salida del cantón y el tipo de vías internas de comunicación, tienen un vínculo directo con las economías locales. Las comunidades achuar al ser las más aisladas del cantón en términos de distancias y de vías transitables, mantienen en mayor medida una economía de subsistencia tradicionalmente sustentada en la pesca, la caza y los cultivos rotativos. Por su parte, los colonos y algunos grupos shuar mantienen una lógica de asentamiento que busca la cercanía a la cabecera municipal, permitiendo mayor acceso a servicios básicos así como a las formas de comunicación con el resto del país, lo que facilita las posibilidades de comercialización de productos de la región.

Diagnóstico Socio-Antropológico

Las condiciones de aislamiento, la falta de vías de acceso y el alto costo del transporte aéreo se convierten en un valor agregado que no es retribuido por el precio al que son vendidos los productos, y que a su vez demoran dicha retribución. El ganado por ejemplo, es vendido a comerciantes intermedios que trasladan los animales por trochas en trayectos que duran hasta 8 días para venderlos en los mercados de Macas y Ambato; de igual forma el transporte de los productos agrícolas, implica movilizaciones a través de canoas, transporte vehicular y avionetas, que pueden tardar varios días dependiendo del destino.

En esta región se presenta una coexistencia entre la economía de subsistencia y la de mercado, en donde se insertan nuevas lógicas productivas que deben ser adaptadas a los contextos locales. Por ejemplo, el ingreso de productos elaborados ha llevado a un descuido de la chacra indígena tradicional, lo que ha ocasionado que se pierda parte de la diversidad de plantas medicinales y comestibles; situación que está directamente relacionada con el cambio en las dietas de la población indígena y el incremento de necesidades insatisfechas.

Cultura e Identidad



Familia de colonos, Taisha 1

Diagnóstico Socio-Antropológico

La provincia Morona Santiago en la amazonia ecuatoriana tiene un carácter pluricultural en donde coexisten diferentes grupos indígenas y mestizos. El cantón Taisha, en particular, alberga en su mayoría las nacionalidades Shuar y Achuar, y tiene un componente étnico minoritario de indígenas quechua provenientes de la provincia de Chimborazo y de colonos asentados en el territorio. Esta confluencia de culturas le ha dado características especiales al cantón y a su población, que es conocida como la “gente de Transkutukú” en relación a la cordillera Kutukú.

La región ancestralmente fue habitada por los Shuar y Achuar³³, quienes mantienen una presencia binacional en Ecuador y Perú y fueron separados por el tratado de límites de 1941. En la actualidad han logrado la reivindicación de su territorio y un manejo adecuado de los recursos naturales, aunque una parte de este todavía no tiene reconocimiento legal. Sin embargo, estas nacionalidades indígenas sobrepasan las fronteras de los Estado-Nación, lo que se expresa en las iniciativas de encuentros binacionales.

Los Achuar están ubicados en la parroquia Huasaga -región fronteriza del cantón Taisha- y puede decirse que a pesar de modificar algunas de sus costumbres y tradiciones, debido a las irrupciones de grupos misioneros y el contacto con colonos, mantienen su cultura e identidad sólidas, en especial, a través de su lengua (achuar chicham) y organización social (poligamia). Este hecho es reforzado por no tener acceso a carreteras, por tener una dependencia mínima del mercado y por no presentar fuertes migraciones de población.

³³ Shuar significa gente, persona o ser humano. Achuar significa hombre de pantano.

A diferencia de los Achuar, los Shuar mantienen una relación más directa con la sociedad nacional y sus comunidades están más cercanas a la cabecera cantonal. Este proceso de integración a la vida nacional, ha creado nuevas y mayores necesidades insatisfechas debido a los bajos recursos económicos con los que cuentan. Los Shuar también preservan su lengua (Shuar Chimán) y sus costumbres se ven atravesadas por nuevas prácticas de organización, economía y educación. Los Shuar están organizados por medio de clanes y la unidad básica de reproducción social y biológica la constituye la familia, que en la actualidad ha pasado de ser de carácter poligámico a monogámico y exógeno, dadas las continuas relaciones interétnicas. Las relaciones de los Shuar y Achuar han estado mediadas por enfrentamientos por territorio, resistencia a la ocupación del mismo por parte de agentes externos (en especial petroleras) y recientemente a través de mecanismos de organización (federaciones) que obedecen a labores político-administrativas del cantón Taisha.

Por su parte, los colonos empezaron a habitar la región a partir de 1960, en búsqueda de oportunidades laborales con lo que lograron establecerse en poblados cercanos a la cabecera cantonal. Los Quechua, colonos y Shuar comparten este territorio. Los colonos mantienen mayor comunicación con los Shuar y se dedican a actividades como la agricultura en pequeña escala y la ganadería.

Por tanto, tenemos que este es un territorio en donde se negocian y definen identidades, y se busca una reivindicación cultural que les permita a las comunidades indígenas el manejo autónomo de sus territorios y recursos naturales.

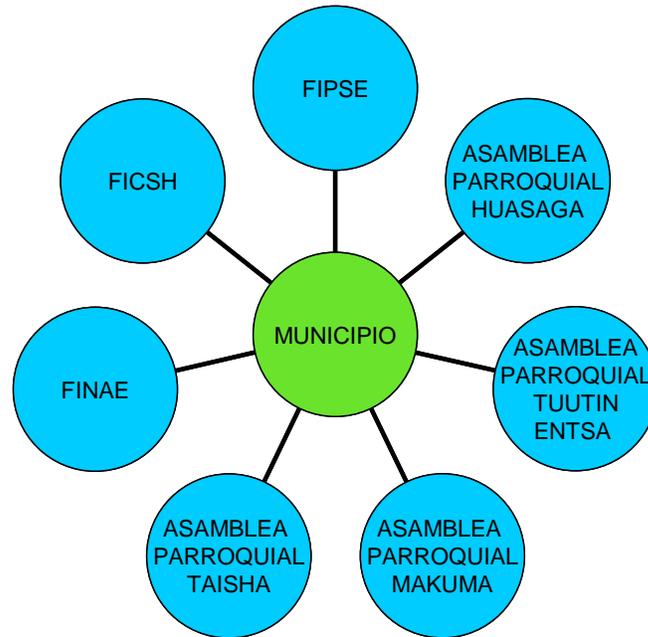
Organización comunitaria: participación y liderazgo

El “campo Taisha” ha sido un territorio que ha pasado por diferentes niveles de organización. Primero perteneció a las parroquias de Morona, Miazal y Huasaga, para luego ser parroquia en 1967. Ya en 1996, mediante decreto legislativo, fue creado el cantón Taisha, constituido por las parroquias Makuma, Huasaga, Tuutin-Entsa y Taisha donde se encuentra la cabecera cantonal. Esta reciente cantonización implica que se adopten nuevos modelos organizativos dentro de la gestión local. Deben manejarse recursos propios y planearse proyectos que contemplen su visión de desarrollo, obedeciendo a políticas nacionales de descentralización. Esta descentralización permite que se inviertan los procesos de planificación, ahora manejado por las comunidades con una lógica desde abajo hacia arriba. Es decir que la planificación, ejecución y evaluación de los proyectos debe realizarse con los actores sociales e instituciones locales.

Esto ha llevado a que el Concejo Municipal haya adoptado una administración que reconozca el carácter pluricultural del Cantón. A partir del 2002 se consolidó un modelo de organización participativa, en la que se conformaron Asambleas Parroquiales y una Cantonal, se creó la Ordenanza de Participación Ciudadana y se estableció que los presupuestos municipales debían ser elaborados con la participación ciudadana. La Asamblea Cantonal y las Parroquiales conjuntamente con la Municipalidad, buscan gestionar recursos provenientes del gobierno nacional, ONGs y demás instituciones para ejecutar los planes, programas y proyectos para el Cantón, de tal forma que se realicen de acuerdo a las necesidades sentidas por las comunidades a través de la concertación.

Además de estas organizaciones, se encuentran las Federaciones de los grupos Shuar y Achuar, en las que se convoca a los dirigentes de las comunidades para la toma de decisiones. En el momento, existen tres federaciones: FINAE (Federación Interprovincial de la Nacionalidad Achuar del Ecuador), FIPSE (Federación Independiente del pueblo Shuar del Ecuador) y FICSH (Federación Interprovincial de Centros Shuar); estas buscan que haya consenso dentro de sus comunidades y que cada miembro esté enterado y participe de las propuestas que se piensan implementar en sus territorios.

Gráfico No. 2 Comité de gestión para los planes de desarrollo



En 1998, se estableció un mecanismo que permitiese que cada Federación tuviera un representante como alcalde, de tal forma que al finalizar el tiempo presupuestado tome el poder otro representante a otra Federación. Lo que garantiza que tanto Shuar como Achuar se vean representados en la municipalidad. Actualmente el directorio de la cabecera está conformado por un Shuar, un quechua y un mestizo.

Las acciones de la municipalidad están dirigidas hacia la salud (sistema de aguas, subcentros de salud y remuneración para promotores), la educación (construcción de aulas escolares, adecuación de las escuelas y bonificación para profesores), la producción y comercialización (promover actividades productivas, desarrollo sostenible, fomentar microempresa), y el medio ambiente (reforestación, manejo territorial, saneamiento ambiental). Cada eje tiene un equipo de trabajo que maneja una planificación estratégica participativa seguida por la ejecución y rendición de cuentas. Las decisiones que se toman pasan por organismos reguladores y directivos, que tienen como base la participación ciudadana y comunitaria.

Diagnóstico Socio-Antropológico

Finalmente, es importante señalar que en estos procesos participativos se está buscando la equidad de género, considerando que dentro de las tradiciones culturales de los Shuar y Achuar, el rol de la mujer se concentra más en la esfera privada que en la pública. Mientras las mujeres están dedicadas al hogar, son los hombres quienes ejercen más su derecho al voto y a la toma de decisiones. Por esto, las mujeres que ejercen puestos en lo público están expuestas a cuestionamientos por parte de su comunidad. En la actualidad algunas mujeres participan en las asambleas con diferentes cargos administrativos, así mismo existen grupos de participación exclusivamente de mujeres.

Acceso y uso a los servicios de salud

Los servicios de salud se concentran en tres subcentros de salud (uno por parroquia) y un hospital ubicado en la cabecera cantonal. Debido a las condiciones de aislamiento y falta de vías de comunicación propias de la región así como por la falta de infraestructura y de recursos humanos, estos no están en condiciones de brindar un servicio eficiente que cubra las necesidades de la población. Aunque el hospital cuenta con una mejor infraestructura y personal permanente, no está en capacidad de suplir el número de pacientes que llegan ni de manejar casos de alta complejidad. El cantón tiene serias dificultades de acceso a servicios de salud en caso de emergencia, ya que los pacientes deben ser transportados a Macas (capital de la provincia) o El Puyo (ciudad de la provincia de Pastaza) a través de ambulancias aéreas, lo que puede ser un proceso lento pues depende de factores como la disponibilidad de vuelos y de cupos, de recursos económicos, así como de factores climáticos.

Diagnóstico Socio-Antropológico

Además de estar alejado de la gran mayoría de la población, el hospital no goza de legitimidad por parte de las comunidades indígenas lo que se le atribuye a una relación no respetuosa por parte del personal de salud con el paciente shuar y achuar. La heterogeneidad cultural, en este sentido, tiene un impacto en el acceso y uso de los servicios de salud, ya que estos están pensados bajo un modelo occidental que no contempla los sistemas cognitivos de la población indígena; es bajo este contexto que la

relación médico-paciente se ve debilitada, pues la comunicación entre ambos actores es unidireccional y además poco clara. Teniendo en cuenta este contexto la comunidad indígena hizo explícita la necesidad de un enfoque intercultural en los servicios de salud.

Por otro lado, al interior de las comunidades se cuenta con promotores de salud que no remunerados y que fueron elegidos por la comunidad y capacitados por el hospital. Los promotores entrevistados manifestaron que la mayoría de las veces no pueden prestar un servicio efectivo a las personas enfermas de su comunidad, por desconocer los procedimientos de la medicina alopática o porque no tienen los recursos necesarios para llevar a cabo los tratamientos correspondientes, afirmando que ni siquiera cuentan con un botiquín básico.

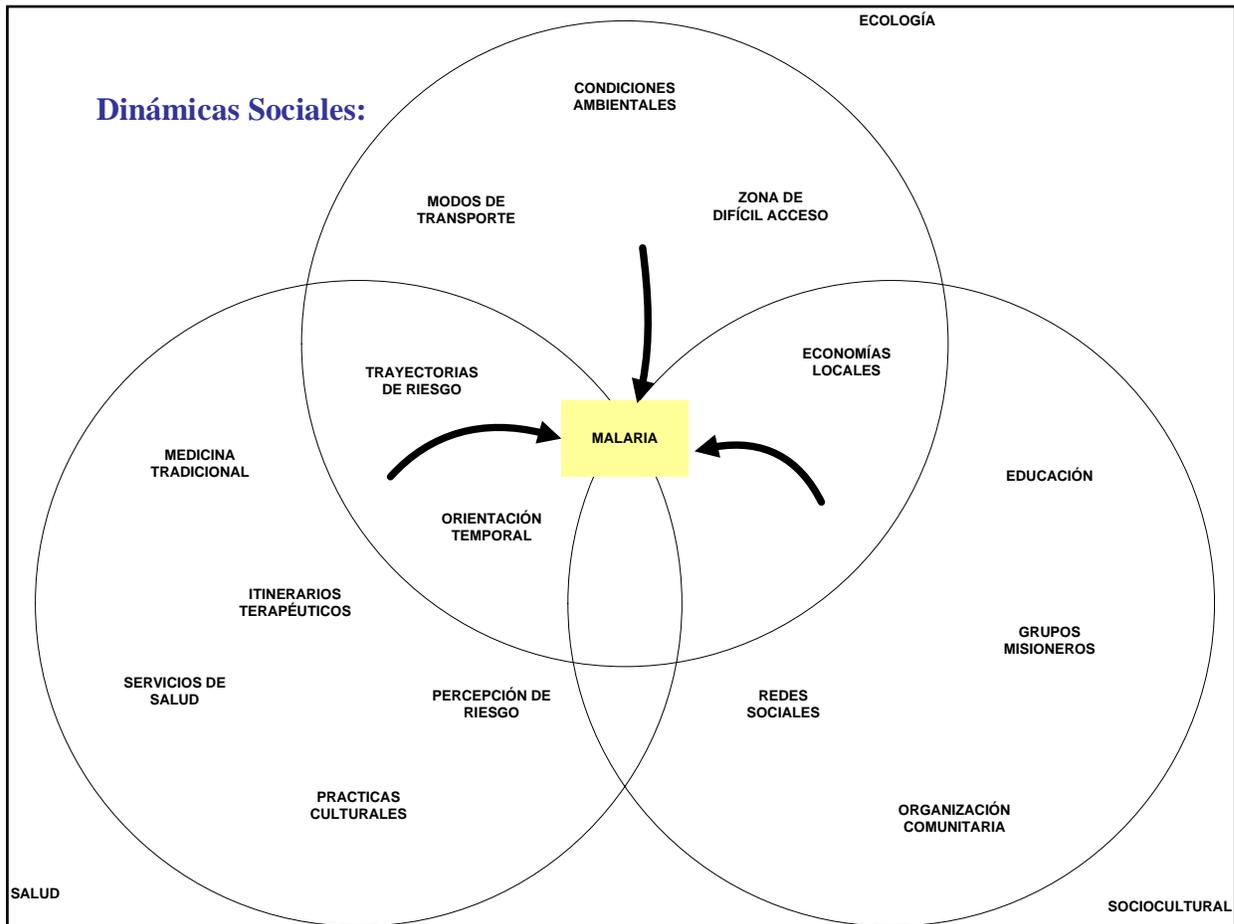
Con relación a las enfermedades transmitidas por vector se encontró la presencia del Servicio Nacional de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores Artrópodos, conocida como SNEM. Anteriormente el SNEM cubría el territorio de Morona Santiago, actuando desde la provincia de Pastaza. Sin embargo, Taisha no le correspondía estrictamente a esta dirección y por tanto su presencia en el lugar no ha sido prolongada. Desde hace un año, el SNEM ha abierto una oficina ubicada en Macas para el control de enfermedades transmitidas por vector para el área de Morona Santiago. Por su reciente trayectoria, no hay control en el registro de casos y hasta el momento no se cuenta con un trabajo epidemiológico exhaustivo que de cuenta de la prevalencia de la malaria en la provincia. Así mismo esta oficina cuenta con poco personal, siendo sólo 5 personas de planta y 26 personas voluntarias, Estas últimas han sido capacitadas en Guayaquil y

Diagnóstico Socio-Antropológico

llevan a cabo actividades de búsqueda activa de casos, fumigación y rociamiento, diagnóstico y tratamiento. Una vez sea tomado el examen debe ser enviado a Macas para que sea leído y reenviado con el diagnóstico, lo que requiere en promedio de 15, durante los cuales se atiende al paciente con cloroquina para mantenerlo estable.

Para el cantón de Taisha sólo se cuenta con el servicio de microscopio en el hospital de la cabecera cantonal y dos más en la parroquia de Huasaga, quienes no cuentan con la infraestructura de laboratorio, lo que dificulta llevar a cabo las actividades de diagnóstico y tratamiento oportuno. Además en estos casos los microscopios dependen de paneles solares que no están en funcionamiento permanentemente.

Gráfico No. 3 Dinámicas sociales relacionadas con la Malaria



Diagnóstico Socio-Antropológico
3. CULTURA DE LA SALUD PROVINCIA MORONA SANTIAGO

Representaciones sociales de salud y enfermedad

Las representaciones sociales de salud y enfermedad en la zona son asociadas con las actividades laborales de la vida diaria por parte de sus pobladores, tanto para la comunidad indígena Shuar, así como para la población colona que habita la zona. En esta medida, se comparten las representaciones cognitivas atribuidas a los procesos de salud y enfermedad. Sin embargo, hay características y factores culturales que matizan el contexto y dan cuenta de las diferencias que surgen para cada grupo.

Representaciones de salud y enfermedad para la comunidad Shuar

La percepción y comprensión de la salud para los indígenas Shuar se expresa en el mantenimiento de las actividades normales de la vida diaria. Es así como la salud se define como el "equilibrio del ser humano y la armonía con su entorno para la vida" (Plan de Desarrollo Cantonal, 2003). Esta percepción vincula al ser humano con su entorno para dar explicación a la salud como un estado que se alcanza en la medida que se mantiene una relación adecuada con sí mismo y todo lo que lo rodea. Es así como se requiere de la interacción equilibrada entre factores situacionales y disposicionales de cada contexto.

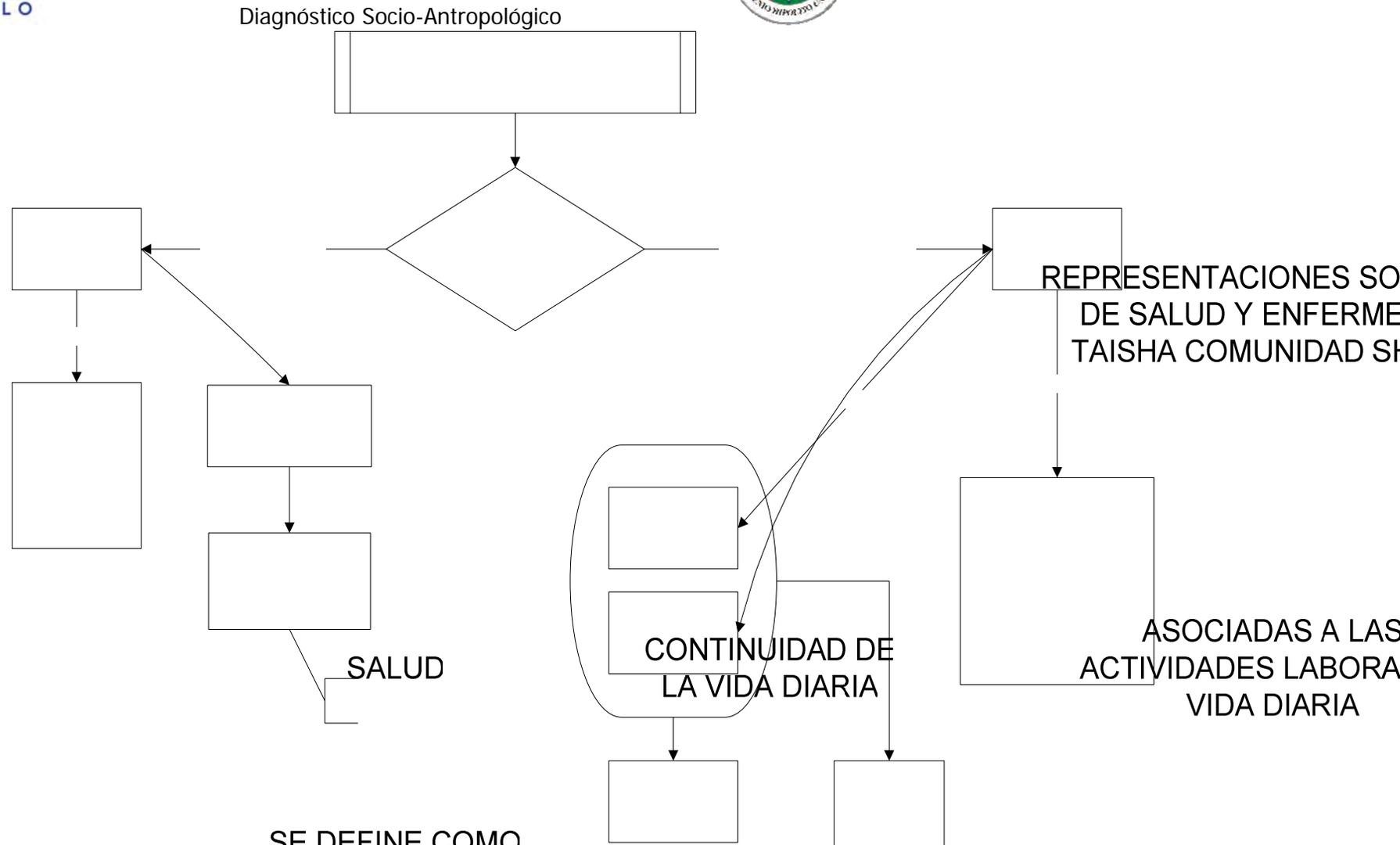
Por otro lado, la estrecha relación entre el ser humano y su entorno para dar cuenta de la salud, puede ser comprendida como un factor étnico reconocido tradicionalmente por el grupo en su convivencia con la selva. Así mismo, la presencia de grupos internacionales en la zona, como las misiones religiosas o las o grandes compañías petroleras en regiones cercanas, han sentado un precedente de interés por la intervención y presencia tanto geográfica como cultural en la zona. Estas dinámicas a su vez han influenciado las nociones de salud, en la medida que se atribuyen responsabilidades a estos grupos interventores para que garanticen el mantenimiento del equilibrio y por ende los estados de salud.

Diagnóstico Socio-Antropológico

Las percepciones y representaciones asociadas con la enfermedad siguen una lógica muy clara vinculada con las representaciones de salud. La enfermedad se explica como la interrupción de las actividades de la vida diaria y se le atribuyen causas situacionales y disposicionales. En este orden, hay una mirada cultural que percibe en el equilibrio los estados de salud y en su rompimiento la presencia de la enfermedad.

Los desequilibrios que dan lugar a la enfermedad se presentan por factores situacionales como la presencia de espíritus malignos, los animales y el contagio; así como por factores disposicionales como la desobediencia, las envidias, las peleas y la tensión (Plan Cantonal, 2003). En esta medida, el caer enfermo puede ser causado por acciones del individuo relacionadas con su grupo social y por características del contexto en el que habita en donde esta expuesto a peligros.

La interacción de esta diversidad de factores da lugar a procesos terapéuticos en los que las opciones de tratamiento deben conjugar tanto la medicina tradicional como la medicina científica. Este puente busca la reivindicación cultural de las tradiciones indígenas y promulga a su vez por un diálogo entre saberes para el tratamiento de las enfermedades propias de contextos en donde se dan dinámicas interculturales.



SE DEFINE COMO
MAPA CONCEPTUAL DE REPRESENTACIONES DE SALUD Y ENFERMEDAD COMUNIDAD SHUAR

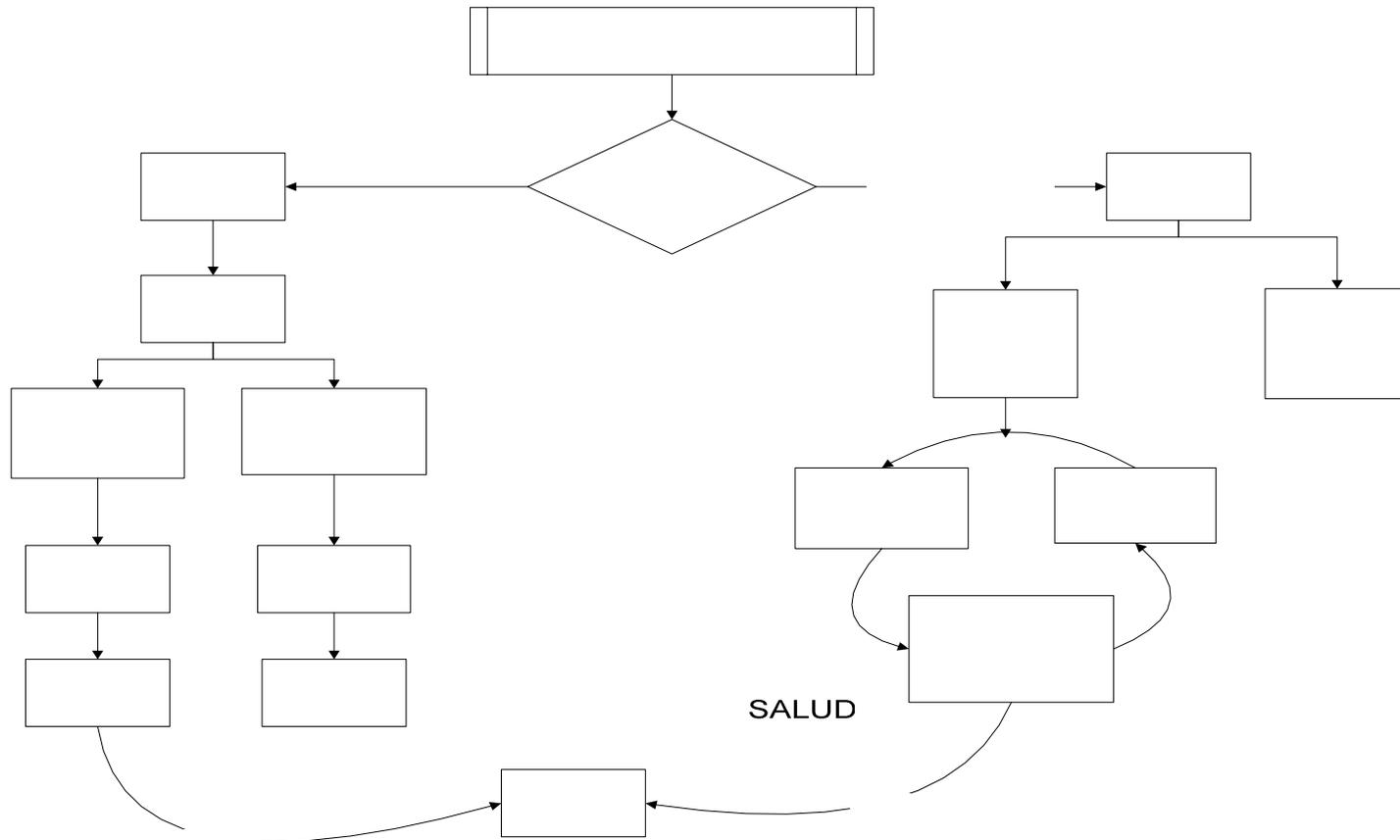
Representaciones sociales de salud y enfermedad para los colonos

La comunidad colona que habita esta zona selvática también percibe las nociones de salud y enfermedad como asociadas a las actividades laborales diarias, sin embargo, dan cuenta de estas representaciones a partir de lógicas cognitivas culturalmente diferentes.

La salud en estos contextos se percibe como la ausencia de la enfermedad y en la misma medida como la continuidad del trabajo de cada día. La ausencia de enfermedad se percibe como una responsabilidad que tiene cada individuo y el estado. La responsabilidad individual se define a través de la orientación temporal de las personas. Esta orientación se encuentra enfocada hacia el presente de manera característica por la necesidad de responder a las necesidades del día a día en el campo. Las necesidades básicas insatisfechas que tiene la población requieren de su atención en el diario vivir. Por esta razón, se hace evidente que mientras permanezca “la ausencia de la enfermedad” no hay dinámicas que promuevan acciones orientadas hacia la prevención del rompimiento de este equilibrio en un futuro, sino respuestas orientadas a la atención de los estados de enfermedad exclusivamente cuando se dan.

La enfermedad se percibe entonces como un problema mayor que cuando se presenta no sólo rompe la jornada laboral de sus economías locales de subsistencia, sino que además genera varias dificultades percibidas en espacios relacionados entre sí, como son el acceso a los servicios de salud por las dificultades de desplazamiento por factores ambientales como las temporadas de lluvia propios del medio ambiente selvático y como consecuencia por la ausencia de medios de transporte efectivos.

“Antes si me enfermaba tenía que salir de mi casa a las seis de la mañana para poder llegar a pie alrededor del medio día al hospital...ahora con la trocha y el carro en servicio puedo llegar en una hora pero imagínese usted todas esa gente que no esta cerca como yo” (Entrevista Comunidad 14 Taisha, 2006).



REPRESENTA
DE SALUD Y
TAISHA COMU

ASOCI
ACTIVIDAD
VIDA

MAPA CONCEPTUAL DE REPRESENTACIONES DE SALUD Y ENFERMEDAD COMUNIDAD DE COLONOS
AUSENCIA DE LA
ENFERMEDAD

Estas dinámicas propias del contexto selvático son percibidas como factores de riesgo compartidos socialmente en la medida que representan factores situacionales frente a los que todos se ven expuestos y que constituyen además las características de la vida en la selva.

Representaciones sociales sobre la malaria

La malaria como enfermedad es reconocida socialmente por las comunidades que habitan la zona. Este reconocimiento surge de la convivencia con la enfermedad desde décadas atrás como una experiencia que se comparte de manera individual por los que la han padecido, o a través de la experiencia social de la misma como fenómeno que afecta de forma recurrente la salud de sus familias y conocidos.

"Los nativos se enferman mucho de paludismo, son muy vulnerables y especialmente los Achuar " (Entrevista Comunidad 7 Taisha, 2006)

La malaria está asociada a nociones de contagio y contaminación que ponen en riesgo a cualquier persona. En este sentido se percibe la enfermedad como producto de la transmisión humana y sobretodo da cuenta de incertidumbres frente al reconocimiento del mosquito y los factores de riesgo que representa. Esto último, puede resultar ambivalente por el reconocimiento del mosquitero³⁴ como factor protector de enfermedades pero sobretodo como proveedor de bienestar por la molestia nocturna de los insectos. Sin embargo, el mosquitero no es usado de forma generalizada por la población porque precisamente no protege contra la arenilla. Los mosquiteros son atravesados por el insecto y como consecuencia no se perciben como útiles o apropiados para usar. A esto se suma que la calidad del mosquitero es cuestionada por tener orificios muy grandes, huecos y por romperse fácilmente en el uso normal.

³⁴ También reconocido como toldo o toldillo

Diagnóstico Socio-Antropológico

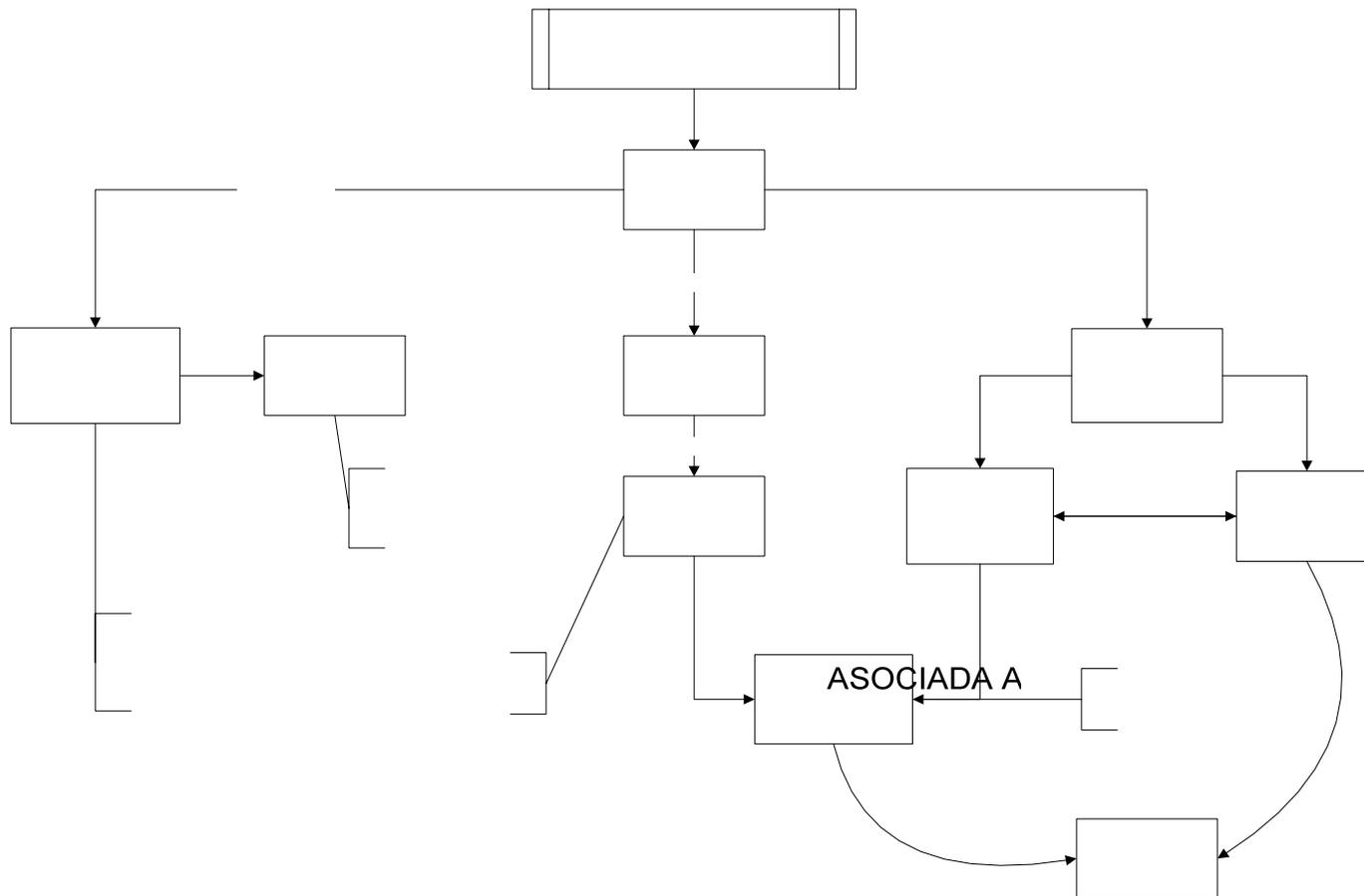
“Los mosquiteros que nos han dado aquí son de mala calidad, la arenilla pasa por los huecos tan grandes y se rompen...deben ser mosquiteros usados los que nos dan” (Entrevista comunidad 14 Taisha, 2006)

La reivindicación de un enfoque curativo a su vez responde a la representación social de la malaria como una enfermedad que se repite constantemente. El padecimiento de la enfermedad se experimenta en diversas ocasiones y se explica como recaídas de la enfermedad atribuidas a la ineficiencia tanto de los tratamientos ofrecidos como por las fallas en los centros proveedores de salud. A partir de la comprensión social de la malaria se evidencia que se percibe esta enfermedad como un evento que no debe repetirse si se ha dado un tratamiento adecuado y en esta medida espacios como el hospital y los tratamientos alopáticos han perdido legitimidad al parecer de la población.

Esta comprensión de la enfermedad revela desencuentros cognitivos desde los cuales no hay claridad sobre la forma en que se contrae la enfermedad y las dinámicas asociadas. La recaída o repetición de síntomas no se asocia con picaduras del mosquito o por resistencia al medicamento después de procesos de automedicación o de tratamientos incompletos. Por el contrario, se perciben como resultado de la mala calidad de los medicamentos, por la ausencia de vacunas y por fallas en la atención de los proveedores de salud en el hospital.

La malaria como enfermedad hace parte de la realidad cotidiana de las personas en esta zona. En esta medida es identificada como una necesidad sentida en salud para la población y se articula con otras necesidades de la zona como son la infraestructura en salud y en general las distancias y dificultades para comunicarse y desplazarse en la provincia. La interrelación de estos factores construye espacios geográficos y culturales en donde la malaria existe en la medida que rompe la cotidianidad laboral y el equilibrio de la vida.

Diagnóstico Socio-Antropológico



REPRESENTACION
SOBRE LA

ENFERM
RECON
SOCIAL

TRATAMIE

MAPA CONCEPTUAL DE REPRESENTACIONES SOCIALES DE MALARIA
CONTAMINACIÓN FACTOR DE RIESGO

MEDI
NATU

OFR

Percepción de riesgo

La percepción del riesgo para malaria es expresada en el reconocimiento de factores tanto disposicionales como situacionales a los cuales se les atribuye la causa de la enfermedad. Estos factores se orientan a nivel disposicional a las actividades que realizan las personas en sus hogares y zonas de trabajo, mientras que los situacionales se orientan hacia características del medio ambiente, el clima y la precariedad de los servicios en salud y presencia de las acciones del gobierno.

Tabla No. 13 Trayectorias de riesgo

Trayectorias de riesgo disposicionales	Trayectorias de riesgo situacionales
<ul style="list-style-type: none"> • Actividades laborales en la selva 	<ul style="list-style-type: none"> • El medio ambiente selvático
<ul style="list-style-type: none"> • Actividades laborales de recolección de agua o cerca de los ríos 	<ul style="list-style-type: none"> • Las temporadas de lluvia e inundaciones
<ul style="list-style-type: none"> • Largos desplazamientos hasta los puestos de atención en salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de puestos de salud en las comunidades
	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de fumigación por parte de una entidad oficial
	<ul style="list-style-type: none"> • Viviendas rodeadas por criaderos naturales potenciales

Itinerarios terapéuticos

Las dinámicas que se han constituido por el reconocimiento y experiencia individual y social de la enfermedad han dado lugar a la percepción del tratamiento antimalárico como un punto de encuentro cultural. Al decir de las personas el tratamiento tradicional con medicina natural sólo ofrece un alivio leve a los síntomas por lo cual se hace necesario el complemento con la medicina alópatica. Diferenciación cabecera Cantonal y demas comunidades

“Lo natural no mata microbios...la ayabasca ayuda pero no cura, es necesario usar ambos conocimientos” (Entrevista Comunidad 13 Taisha, 2006).

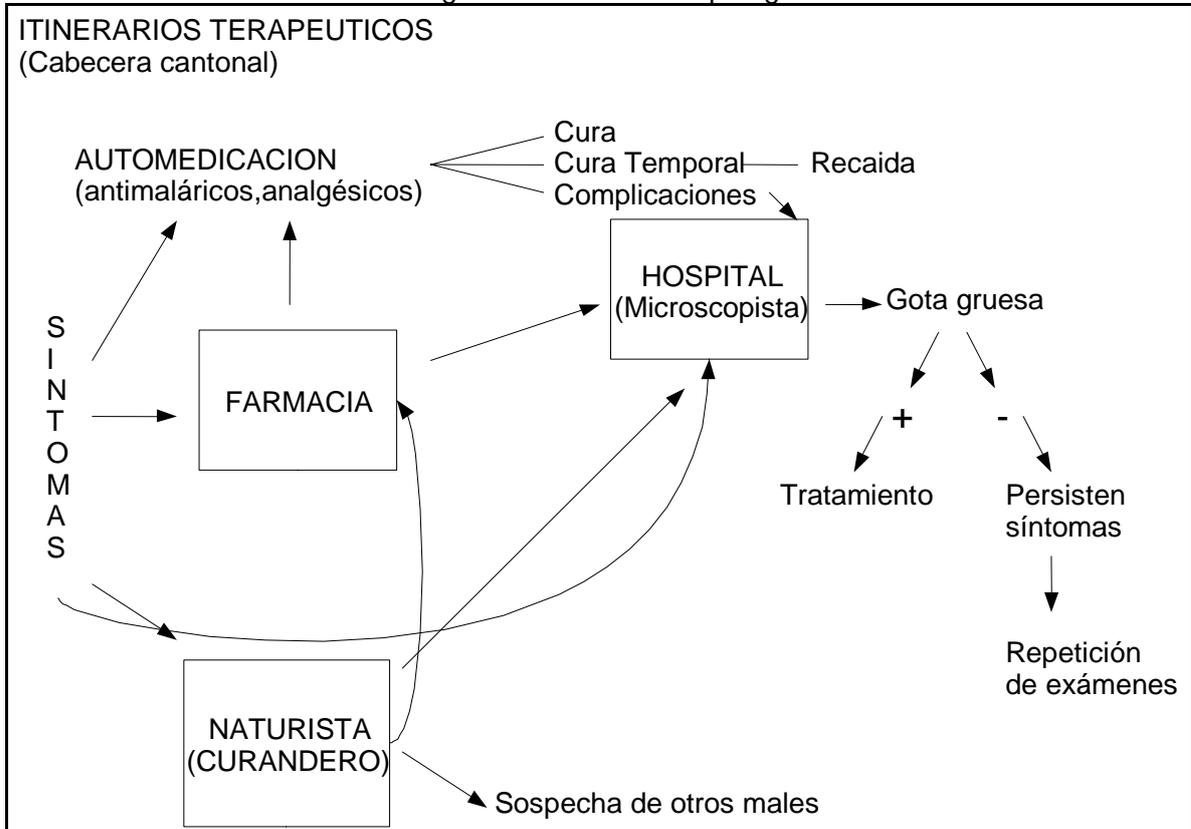


Diagnóstico Socio-Antropológico



Estas trayectorias dan cuenta de los itinerarios terapéuticos que realizan las personas al momento de enfrentarse con la sintomatología asociada a la malaria. Los itinerarios son procesos de tomas de decisión según la valoración de las circunstancias y el abanico de posibilidades al que tiene acceso social y culturalmente la persona.

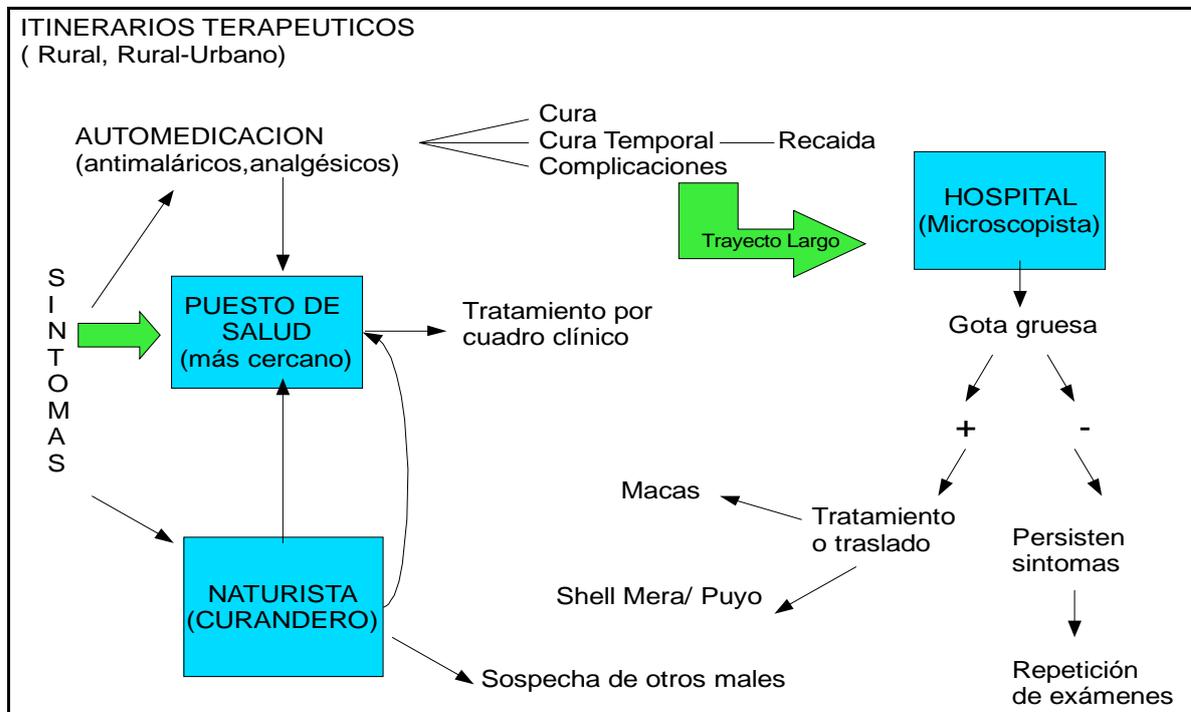
En estos procesos se pueden encontrar muchas diferencias pero se observan dos tendencias claras. La primera, da inicio de la trayectoria a través de la automedicación de los síntomas no específicos presentes en diferentes patologías como la fiebre, o de aquellos asociados a paludismo como el escalofrío. Este proceso de automedicación puede surgir como iniciativa propia por la experiencia y el reconocimiento de síntomas o por información suministrada por la familia o redes de apoyo así como por las instrucciones de un farmacéuta. La segunda tendencia se orienta a dar inicio de la trayectoria a través del contacto de instituciones de salud o proveedores de salud oficiales o privados.



Mapa conceptual de itinerarios terapéuticos

“A veces en el hospital a uno no lo alivian” (Entrevista comunidad 13 Taisha, 2006)

Las variaciones en estos procesos pueden verse afectados por experiencias positivas o negativas previas con los organismos de salud, los proveedores y sobretodo por la percepción de alivio real o persistencia de la enfermedad. Al decir de la comunidad hay una búsqueda por un enfoque curativo que reivindique la cultura a la vez que integre el conocimiento científico para lograr recuperarse y sobretodo curarse del paludismo. Esto último da cuenta de un cuestionamiento constante de las comunidades por mejores tratamientos terapéuticos que resulten más efectivos y prácticos para poder ser administrados directamente por promotores dentro de las comunidades más aisladas del hospital u otros centros de atención.



Mapa conceptual itinerarios terapéuticos (rural, rural-urbano)

Bibliografía

Codenpe. Consejo de Desarrollo de las nacionalidades y pueblos del Ecuador:
<http://www.codenpe.gov.co>

Plan de Desarrollo del Cantón Taisha (2003)



Diagnóstico Socio-Antropológico

Discusión y conclusiones

La malaria para las zonas estudiadas, exige en primera instancia la reflexión sobre aspectos sociales relacionados con el tipo de sociedad en la cual la enfermedad ha estado presente.

Para el caso del estudio, es necesario destacar un elemento que sirve para describir las sociedades de las fronteras de los cuatro países visitados: el multiculturalismo, como una característica necesaria para comprender muchas de las dinámicas sociales descritas. Indígenas, mestizos, colonos, campesinos, afrodescendientes y blancos coexisten en espacios geográficos construyendo prácticas que buscan dar cuenta de sus realidades y responder, en esta medida, a las necesidades percibidas. Para el caso estudiado podemos mencionar los siguientes elementos que se desprenden del multiculturalismo y su impacto en la malaria:

1. Organización social: cada una de las zonas refleja una historia y evidencia la manera como la sociedad se encuentra estructurada actualmente. Es así que, entender las lógicas de los sistemas políticos y de los programas en salud, los sistemas sociales, los tipos de grupos sociales, los tipos de roles tanto en el espacio privado como en el público y la gestión intra-comunitaria de la salud-enfermedad son pistas de trabajo que dan cuenta de cómo se desarrolla en el mundo de la vida cotidiana la relación “estar enfermo de malaria y sociedad a la cual se pertenece”. En este punto debemos hacer énfasis en el problema de la ciudadanía, de los derechos ciudadanos y el ejercicio de estos en sociedades marcadas por la precariedad social y por la situación de marginalidad que ella genera.

Diagnóstico Socio-Antropológico

2. Sistemas de comunicación: esta categoría hace referencia al aspecto del lenguaje en relación a lo multicultural de las zonas.
 - a. El lenguaje expresa y manifiesta las lógicas de la enfermedad de las poblaciones. Es decir de cómo la malaria es sentida y vivida localmente. Esto plantea la necesidad de comprender y tener en cuenta el lenguaje en el momento de desarrollar cualquier tipo de aproximación e implementación de programas en las comunidades. La capacidad de contacto intercultural de un programa exige además del conocimiento de la lengua local, el manejo de códigos, sistemas de pensamiento, entendimiento de los gestos y tiempos expresados en las narrativas locales, Hecho que a través del trabajo de campo, es una necesidad evidente, pero que requiere un apoyo más estructurado. Este el caso de las comunidades indígenas de la Guajira y el Amazonas donde hay una intención del sector oficial pero no se logra concretar en la vida de las comunidades. El problema del lenguaje conlleva a pensar la malaria desde los actores locales.

3. Movilidad geográfica: Este indicador nos permite entender las trayectorias de individuos y grupos sociales dentro de grandes espacios geográficos y el impacto tanto en el mantenimiento de la enfermedad como en su reproducción. Sin lugar a dudas, la movilidad geográfica es un determinante para entender la endemidad de la malaria ya que, en primer lugar, articula la cultura a las lógicas económicas que permiten vínculos económicos bi o trinacionales. Además, el tránsito de un lugar a otro rompe con los nacionalismos, y por ende, con la frontera política. La movilidad geográfica es supranacional. El poder moverse entre países recrea los vínculos sociales en la región de manera formal e informal. Sin embargo, esta lógica es igualmente funcional para los actores ilegales del conflicto armado. Estas personas se desplazan por

Diagnóstico Socio-Antropológico

corredores geográficos binacionales impactando la presencia de malaria en las zonas. Es importante señalar que la presencia de las Fuerzas Armadas Nacionales es un factor que permite indirectamente subregistrar el impacto de la malaria en la zona. Por último, podemos señalar que el conflicto colombiano genera movimiento de poblaciones civiles hacia diferentes regiones. Hecho que se traduce para el caso de la malaria en una mayor incidencia y, debido a las mismas condiciones del desplazamiento forzado, a una situación de marginalidad que invisibiliza el problema de la malaria.

4. El indicador económico en la malaria significa que la enfermedad se encuentra traspasada por las economías locales, que son extractivas, comercio de productos legales e ilegales. La asociación de estar enfermo a la capacidad de producción económica es importante por que evidencia que la enfermedad adquiere significado y es tomada en cuenta cuando se deja de producir. Usted puede ser pobre pero si se mantiene la capacidad de aguantar síntomas y continúa produciendo, la enfermedad deviene no importante en la vida diaria.
5. El anterior punto nos remite a un cuarto indicador que es la Ilegalidad. Este concepto hace referencia no sólo a actividades comerciales fuera de las leyes nacionales, sino al impacto en el reconocimiento de las personas desplazadas forzosamente como actores con derechos civiles. Aunque en general hay un servicio que se presta de manera generalizada para lo casos de malaria, el desplazado por su condición no necesariamente hace uso del servicio por diferentes razones: (i) su condición de ilegal en otro país; (ii) salir del anonimato y ponerse en evidencia; y (iii) miedo a la deportación a sus lugares de origen. El anonimato tiene un rol importante en el desplazamiento geográfico tanto para el desplazado forzado como para el actor armado ilegal; persona que no está interesada en que conste algún tipo de registro de su presencia en el lugar. Es más, los programas en salud pública para el control y

Diagnóstico Socio-Antropológico

prevención de la malaria hacen énfasis en hacer seguimiento de los casos y de las poblaciones vulnerables.

6. Precariedad y riesgo son dos indicadores que tradicionalmente han sido vinculados en textos de salud pública. Para el caso de nuestro estudio pudimos establecer que los grupos vulnerables y las poblaciones con una gran endemicidad malárica son grupos que presentan tendencia hacia la orientación temporal en el presente. Esto quiere decir que estos grupos se perciben con historias de vida focalizadas en el “aquí y el ahora”, en donde proyectar o prever es una lógica ajena a su mundo de la vida cotidiana. En este sentido, debemos enfatizar que desarrollar cualquier tipo de programa de prevención y control de la malaria en una población que está anclada en el presente requiere la construcción de una estrategia que sobrepase la idea reduccionista de cambio comportamental o de educación en salud. Cuando las personas viven bajo condiciones de desesperanza aprendida donde las prioridades están centradas en la sobrevivencia cotidiana. En el caso de los indígenas, la planeación de acuerdo a su saber local no depende de una causalidad temporal lineal, sino de sus calendarios ecológicos. Esto significa que categorías como prevención, control del riesgo, vulnerabilidad social deben reconstruirse de manera social y culturalmente competente para el caso de estas poblaciones.

7. La representación de la malaria está asociada a un estereotipo de “enfermedad rural”. La consecuencia de esta estereotipación nos lleva a asociar lo rural con lo precario, con lo pobre, con lo distante social, cultural y geográfico en relación con lo urbano; es decir, con lo primitivo que debe ser domesticado o civilizado a toda costa. Así mismo, lo rural en la malaria nos remite a una gestión de la enfermedad desde lo urbano. Esto quiere decir que es una enfermedad ubicada en espacios rurales y su manejo se da desde centros urbanos. Por esta razón, la agenda de control se da desde las cabeceras municipales y las ciudades son eje central del control de la enfermedad. Es importante anotar que hay un proceso de tránsito de la malaria rural a la malaria urbana en donde va a

Diagnóstico Socio-Antropológico

coexistir con una enfermedad que es considerada como prioritaria para muchos actores del sector salud como es el dengue.

8. Conocimiento experto y cognición cotidiana: Este indicador expresa que las poblaciones poseen y manejan un conocimiento experto en malaria cercano al de la medicina contemporánea. La enfermedad no es una entidad distante de su percepción del mundo. Al contrario, la malaria hace parte de su cotidianidad porque ha sido “naturalizada”. Estar enfermo de malaria no es un evento extraordinario sino un hecho más dentro de las múltiples posibilidades de enfermarse. El conocimiento experto es producto del continuo contacto con ella a través de la experiencia cotidiana y mediado por el sector público. En este sentido, las redes sociales como la familia nuclear y extensa son fuente de información legítima incluso en los lugares donde el vínculo social está debilitado.

9. La terapéutica de la malaria como exclusividad de la medicina occidental. Es claro para las poblaciones que a la sospecha de malaria, el itinerario terapéutico que se detona está asociado a una solución en el marco de los servicios de salud oficial. En este sentido, el tratamiento de la malaria exige otro tipo de aproximación distinta a la que ofrece la medicina tradicional. Este hecho tiene varias implicaciones: (i) el servicio de salud como un actor legítimo; (ii) confianza en los medicamentos antimaláricos; (iii) la malaria es pensada desde el medicamento ya que este es una solución eficaz para controlar los síntomas y curar la enfermedad; (iv) la representación social del medicamento antimalárico permite que el individuo funcione socialmente; (v) la centralidad del medicamento permite la automedicación; (vi) el detentor de los medicamentos antimaláricos se ubica en una posición de poder y, por lo tanto, de control social; y (vii) dado que existe una articulación entre conocimiento experto, rol de los medicamentos y control de estos, la población presenta altos niveles de adherencia.



Diagnóstico Socio-Antropológico

10. Actores privilegiados en vigilancia y control: La relación entre el sector popular y el sector público está mediada por un actor privilegiado que ha sido invisibilizado del proceso. El promotor de salud o el vigilante epidemiológico sin lugar a duda son un puente cultural y social en el control y prevención de la malaria. Ellos(as) son un recurso sin recursos por el desarrollo de las condiciones de los sistemas de salud.

Finalmente, la malaria más allá de su realidad clínica es una realidad social, y dado que está asociada al espacio público podemos inferir que es a través de este indicador hay una posibilidad y una oportunidad de construir empoderamiento crítico tanto para las personas en capacidad de decisión, los actores olvidados del sector público como para el campesino o el indígena en una comunidad apartada. Establecer “la malaria como una cosa social”, implica que ésta sea pensada como una enfermedad de la cual todos los individuos son co-responsables, independientemente del estatus social, la posición laboral, la condición étnica, el rol de género y los niveles de educación.



RECOMENDACIONES

De acuerdo a trabajo presentado y a sus resultados nos permitimos hacer las siguientes recomendaciones para el desarrollo de programas, para tomar en cuenta en el momento de realizar cualquier tipo de intervención y en la colaboración con las comunidades locales:

- Las características ecológicas de las regiones exigen ser tomadas en cuenta ya que éstas determinan diversos ritmos, tales como: (i) régimen de lluvias; (ii) manejo de distancia/tiempo desde el punto de vista físico; (iii) gestión del tiempo diferente a los tiempos urbanos.
- La multiculturalidad de las regiones implica particularizar las estrategias de acción social en salud. Invisibilizar este factor implicaría negar la gran diversidad cultural existente.
- Para los pueblos indígenas, cualquier actividad, proyecto o programa que se pretenda implementar en sus territorios debe ser construido, concertado y ejecutado de forma conjunta y participativa a través de sus organizaciones. El acercamiento y construcción de espacios de confianza con estas organizaciones exige tiempos prolongados, personal capacitado en temas de interculturalidad en salud, respeto de los espacios de discusión tradicionales.
- Antes de construir un programa se debe caracterizar la población blanco para comprender la realidad local y de esta forma evitar los comodines ideológicos usados frecuentemente en los programas de salud pública. Consideramos que se debe prestar una atención cuidadosa al tipo de conceptualización usado para desarrollar programas en educación y comunicación para la salud y para la promoción de la salud. Tomar en cuenta estos elementos puede favorecer la inversión del presupuesto y favorecer la relación costo – beneficio en términos económicos y sociales.



Diagnóstico Socio-Antropológico

- Es necesario determinar los actores privilegiados, para cada espacio social, de acuerdo a su realidad biopsicosocial y así tener un efecto de los programas promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Dada las condiciones de precariedad social de las regiones es importante la intersectorialidad para los programas en salud.
- Para avanzar en la estrategia de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno se considera necesario: (i) aumentar el número de puntos de microscopia en áreas rurales con mayor incidencia de malaria; (ii) reforzar y valorar el trabajo del promotor de salud comunitario y el vigilante epidemiológico (iii) mejorar el sistema de distribución de antimaláricos en las áreas rurales; (iv) descentralizar la concentración de recursos de las cabeceras urbanas a las áreas rurales; y (v) acortar la cadena entre la toma de muestra y la entrega del tratamiento antimalárico, especialmente en las comunidades rurales distantes.
- Es importante el contexto ecológico para determinar los tipos de tecnologías necesarios para los programas.
- Sería recomendable el fortalecimiento de las redes locales existentes y promoverlas en donde aún no se han creado o se encuentran en estado incipiente.
- Para aprovechar los conocimientos de la malaria en las poblaciones de frontera se hace necesario reconstruir los mecanismos de prevención de manera adaptativa.
- Las estrategias de educación y comunicación para la salud deben ser coherentes con los lenguajes locales y las necesidades sentidas de salud de las poblaciones.
- Fortalecer las relaciones ya existentes en las fronteras bi y trinacionales para la planeación y realización de acciones coordinadas relacionadas con la malaria. Hacer uso de estos convenios de manera estructural para fortalecer las relaciones multiculturales al interior de cada país y las relaciones bi-trinacionales.
- A pesar de que Brasil no hace parte del Convenio es un actor importante que debe ser tomado en cuenta, particularmente, en el Amazonas peruano-colombiano y en el yavarí, frontera peruano-brasilera.