

LOS DETERMINANTES AMBIENTALES Y LAS REPRESENTACIONES SOCIOCULTURALES EN LA TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES

Victoria Salinas-Castro^{1} & Alberto Narváez²*

¹ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS /OMS,) Programa de Naciones Unidas para el medio ambiente (PNUMA), Fondo para el medio ambiente mundial (GEF). Área de desarrollo sostenible y salud ambiental. 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037. USA.

² Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS /OMS,) Programa de Naciones Unidas para el medio ambiente (PNUMA), Fondo para el medio ambiente mundial (GEF). Área de desarrollo sostenible y salud ambiental. 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037. USA.

E-mails: victoriasalinas@yahoo.com, anarvaezo@yahoo.com

RESUMEN

El Objetivo de esta investigación fue determinar las representaciones y las prácticas relacionadas con la malaria en la comunidad indígena de Bisira y como estas favorecen o desfavorecen el desarrollo de acciones comunitarias de: vigilancia, prevención y control, generando condiciones de vulnerabilidad o de protección frente a la enfermedad y como se reconfiguran con la intervención del Programa Regional de Acción y Demostración de Alternativas Sostenibles para el Control de Vectores de la Malaria sin el Uso de Dicloro difenil tricloroetano (DDT). Para ello se realizó un estudio descriptivo de caso único con enfoque antropológico y combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas. El estudio permite identificar que la malaria entre los Ngöbe, antes de la intervención del proyecto, se la consideraba – debido a sus construcciones socioculturales– como una enfermedad exógena, en donde la comunidad no tenían ningún poder o ingerencia para prevenirla ni controlarla. El servicio dado por el Sistema de Control de Vectores no había generado acciones para la prevención de la enfermedad culturalmente adecuadas, ya que su forma de trabajo no reconfiguraba el imaginario que mantenía la comunidad respecto a la malaria. La intervención del proyecto y su proceso de información, capacitación y formación da lugar a que la enfermedad pase a ser concebida como endógena y evitable por acción comunitaria, familiar y personal. Estas acciones se desarrollaron bajo los lineamientos de su propia cultura, organización social y política, y fueron fortalecidas por los gestores del proyecto. El estudio concluye que la modificación de la concepción de la malaria desde sus construcciones culturales y empoderamiento del proceso, bajo una lógica de interculturalidad y participación comunitaria, permitió realizar acciones para el control, prevención y vigilancia de la malaria, que permitió una intervención exitosa.

Palabras clave: Epidemiología; interculturalidad; ecología; malaria; educación en salud.

ABSTRACT

ENVIRONMENTAL DETERMINANTS AND SOCIOCULTURAL REPRESENTATION OF DISEASE TRANSMISION. This research was carried out in Bisira, an indigenous community of the Ngöbe ethnic group from Panama. This paper deals with the implementation of a health project for malaria control without the use of DDT and with special emphasis in the participation of the community. The research is divided in two parts: the first one describes the methodological framework of the project implemented by the Pan-American Health Organization and the Panamanian Health System. Also explains the development of the project, main objectives and approaches within the indigenous society. The second part of the paper is an analysis of the insertion of the project in the indigenous society through an understanding of the conceptions of malaria, the spaces of interpenetration of the disease, physical, sociocultural and individual and finally, in

the field of the ngöbe health system, nosographic, etiologic and therapeutic. The paper tries to describe how these conceptions reconstructed the intervention process. The results of this research allows to understand the deconstruction sociocultural spaces of the malaria intervention and allowed to develop and “ethnic style” of prevention and control of the disease through the physical-biological acknowledgment of the ecosystem. The research sheds light on how the work with a society, different than the occidental, through the culture, acknowledging their realities, with interaction with different actors and knowledges, set basis for the emergence of a inter-cultural relationship. A dialectic interrelation is created between change and stability, interplay necessary for the project intervention.

Keywords: Epidemiology; inter-cultural; ecology; malaria; health education.

RESUMO

DETERMINANTES AMBIENTAIS E REPRESENTAÇÕES SÓCIO-CULTURAIS NA TRANSMISSÃO DE DOENÇAS. O objetivo desta pesquisa foi determinar as representações e as práticas relacionadas com a malaria na comunidade indígena de Bisira, além de avaliar como estas favorecem ou desfavorecem o desenvolvimento de ações comunitárias de: vigilância, prevenção e controle, gerando condições de vulnerabilidade ou de proteção frente à doença e, como se configuram com a intervenção do Programa Regional de Ação e Demonstração de Alternativas Sustentáveis para o Controle de Vetores da Malaria sem o Uso de Dicloro difenil tricloroetano (DDT). Para isso foi realizado um estudo de caso descritivo único, com enfoque antropológico e combinação de técnicas qualitativas e quantitativas. O estudo permitiu identificar que a malaria entre os Ngöbe, antes da intervenção do projeto, era considerada – devido às suas construções sócio-culturais – como uma doença exógena, cuja comunidade não tinha nenhum poder ou ingerência na prevenção e controle. O serviço fornecido pelo Sistema de Controle de Vetores não havia gerado ações culturalmente adequadas para a prevenção da doença, já que a forma de trabalho não representava o imaginário da comunidade em relação à malaria. A intervenção do projeto e seu processo de informação, capacitação e formação permitiram que a doença fosse concebida como endógena e evitável pela ação comunitária, familiar e pessoal. Estas ações se desenvolvem sob os delineamentos da própria cultura, organização social e política local, e foram fortalecidas pelos gestores do projeto. O estudo conclui que a modificação da concepção da malaria, desde as construções culturais à adequação do processo sob uma lógica de interculturalidade e participação comunitária, permitiu realizar com êxito ações para o controle, prevenção e vigilância da malaria.

Palavras - chave: Epidemiologia; interculturalidade; ecologia; malaria; educação em saúde.

INTRODUCCIÓN

La malaria es una de las enfermedades endémicas más importantes de Latinoamérica, se estima que casi 90 millones de personas en Meso América viven en ecosistemas aptos para la transmisión de esta enfermedad y de los cuales el 35% viven en áreas hiperendémicas. Según, la Organización Mundial de la Salud, el 36% de la población del continente americano vive en zonas con riesgo de malaria. La transmisión ocurre en 21 países de América, donde se estima que aproximadamente unos 203 millones de personas viven en áreas con algún riesgo de transmisión; 56% vive en áreas de bajo riesgo; 24%

en áreas de moderado riesgo; y 20% en áreas de alto riesgo de contraer la enfermedad. El porcentaje de la población nacional expuesta a cualquier nivel de riesgo varía entre el 7% en Argentina hasta el 100% en Guatemala, Haití, Honduras y República Dominicana (OMS/OPS 2002, Méndez-Galván *et al.* 2004).

La malaria aparte de ser un problema de salud grave en lo que tiene que ver con morbilidad y mortalidad, trae consigo un severo impacto en la economía de los hogares. Se estima que los episodios de la malaria producen un pérdida del 25% de los ingresos familiares, los países afectados por malaria pierden aproximadamente el 6% de su producto interno bruto.

Para el control de la malaria se ha utilizado métodos tradicionales como el rociado y fumigación domiciliar de Dicloro Difencil Tricloroetano (DDT). En los últimos 40 años se rociaron en Mesoamérica 85000 toneladas como insecticida para la agricultura y para el control del vector de esta enfermedad. El DDT es un compuesto tóxico sumamente estable que se acumula en organismos vivos, persistiendo durante decenios en el suelo y a su vez transportándose por el ciclo del agua a zonas remotas donde no se ha utilizado.

Dada esta realidad la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a través de su Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, a partir del mes de agosto de 2004 y hasta el 2008 ejecutó en ocho países, entre ellos Panamá, el 'Programa Regional de Acción y Demostración de Alternativas Sostenibles para el Control de Vectores de la Malaria sin el Uso del DDT' (Proyecto DDT/GEF). Con el objetivo de demostrar métodos alternativos al DDT para el control de esta enfermedad, que puedan ser replicables, eficaces en función de sus costos y sostenibles con participación comunitaria, previniendo así la reintroducción del DDT en la Región.

El Programa se ejecutó con el apoyo de los ocho países participantes, el Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), el Fondo Global para el Medio Ambiente (GEF), la colaboración de la Comisión de Cooperación Ambiental de América del Norte (CCA), y la Comisión de Cooperación Ambiental para el Desarrollo (CCAD). El Programa tuvo cuatro componentes:

1. Proyectos demostrativos de control de vectores sin el uso de DDT u otros plaguicidas persistentes.
2. Fortalecimiento de las capacidades institucionales nacionales para controlar la malaria sin el uso de DDT.
3. Eliminación de depósitos remanentes de DDT.
4. Coordinación, manejo y evaluación de las actividades y resultados del Proyecto.

Las zonas que más se encuentran afectadas con la malaria, corresponden a zonas rurales y pobres y esto se concentra en las poblaciones indígenas. En el período 2001 – 2003 en Guatemala, la malaria se ubico entre las 10 primeras causas de morbilidad entre la población indígena, con una incidencia de 84.7 x 10.000 habitantes. En Nicaragua, más del 90% de casos de malaria por *Plasmodium falciparum*

se concentraron en 24 municipios con población indígena. En Honduras, las regiones donde se ubican los asentamientos de los pueblos Miskito, Pech, Tawahca y Tolupán, acumularon el 64% de los casos de malaria de todo el país. (OPS 2007b).

Así mismo, en Panamá, las áreas maláricas corresponden a las comarcas indígenas y los datos epidemiológicos informan que en el periodo 2001-2006, las provincias de Bocas del Toro, Darién y las Comarcas Indígenas Ngöbe -Buglé, Emberá-Wounaan, Wargandi, Madungandi y Kuna Yala reportaron casi el 89% de los casos de malaria (OPS 2007a). La comarca Ngöbe Buglé, en 2001 tuvo 287 casos de malaria y en 2002 reportó 657. En 2003 los casos casi se triplican al llegar 2373. En 2004 se reportan 1566 y en 2005, 772 casos (OPS 2005). La comunidad de Bisira, comunidad de la Comarca Ngöbe-Buglé, en donde se ejecutó el Proyecto DDT /GEF, y que fue seleccionada para realizar esta investigación, la incidencia parasitaria anual en el año 2004 fue de 95,4. En este mismo año, la comunidad reportó 64 casos de malaria; en 2007 se reporta un solo caso, y en el primer semestre del 2008 no se presentó ningún caso, lo que evidencia el éxito del proyecto.

Las intervenciones de campo en las zonas de ejecución del proyecto se desarrollaron según la Guía Técnica que fue analizada y aprobada por los países participantes. La capacitación dirigida a líderes y agentes de salud de las comunidades seleccionadas, se realizó con el Manual para la prevención, vigilancia y control de la malaria.

Entre las alternativas al uso de DDT que se contemplaron se encuentran: la limpieza de criaderos permanentes y temporales del vector local; mejoras al saneamiento en general, empleo de larvicidas biológicos, depredadores (peces); uso de mosquiteros y de piretroides como última instancia; fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica; diagnóstico rápido y tratamiento oportuno de los enfermos; medidas de higiene doméstica y de protección personal; capacitación de actores sociales locales y concientización de las comunidades demostrativas sobre el control de la malaria y los problemas del uso de DDT.

El programa de control de la malaria en Panamá, tiene como institución ejecutora al Ministerio de Salud (MINSAL); y en la comunidad de Bisira, tiene

como punto focal local a la Dirección del Centro de Salud. Como punto focal nacional a la Dirección del Programa de Malaria.

METODOLOGÍA

El Proyecto DDT/GEF desde sus inicios concibió a la participación comunitaria como un proceso homogéneo, para Narváez aunque se manejó el principio de equidad para priorizar las áreas de intervención de predominio indígena, no se incluyeron definiciones ni políticas de género e interculturalidad (resultados no publicados). Esta falta de definición de políticas interculturales en el diseño del proyecto, llevo al Programa a realizar tres foros internacionales sobre la incorporación del enfoque intercultural de la salud en poblaciones indígenas.

En lo que concierne a la malaria como enfermedad y participación comunitaria como método de control, se encontraron muy pocos estudios, de los cuales se destacan tres: los de Alvarado, Rojas, y Pineda y Agudelo (Rojas *et al.* 2001, Pineda & Agudelo 2005, Alvarado *et al.* 2006).

El de Rojas corresponde a la evaluación de un programa de malaria con enfoque en la participación comunitaria; sin embargo la investigación no contempla la diversidad de poblaciones que fueron parte del proyecto y asume a las comunidades rurales indígenas y urbanas como iguales.

El estudio de Alvarado encuentra que las personas que mejor conocen de las medidas preventivas y de control son quienes tienen un alto riesgo para adquirir la malaria, porque sus conocimientos no lo ponen en práctica. Pineda da cuenta de las actitudes, prácticas y conocimientos de la malaria de la población indígena estudiada, en sus conclusiones anota que el conocimiento tradicional es más utilizado que las drogas antimaláricas para el tratamiento de la enfermedad, que si bien no lo anota como negativo, tampoco existe una valoración de este conocimiento, ni investigación de su eficacia médica. En estos documentos, no existen aproximaciones a temas interculturales, a pesar de que sus ejes de estudio los hacen en poblaciones indígenas y mestizas.

De la bibliografía analizada se desprende que la interculturalidad en la salud, es un tema directriz para la implementación de proyectos en sociedades indígenas, lo cual no implica que sea simétrica, ya

que la mayoría de los proyectos lo que busca es la 'ejecución' de ciertas acciones, para 'mejorar' la vida de la población.

Al ser los indígenas uno de los sectores más marginados de la sociedad y los más afectados por las enfermedades emergentes, constituye un reto del sector salud encontrar una respuesta acorde a la realidad sociocultural de estos pueblos. Para ello, hay que partir de una determinante básica: cada sociedad tiene una cultura, que determina su forma de entender la vida, interpretarla y vivirla, lo que se presenta también para su sistema de salud, la prevención, el tratamiento y control de enfermedades. Por tanto, los pueblos indígenas tienen cosmovisiones y modos de entender la realidad, y lenguajes particulares que son necesarios de considerar desde un enfoque intercultural, donde no solo se logre la 'instrucción' y 'mejoramiento' de los pueblos, sino que la relación que se vaya a establecer con los pueblos diferentes a la sociedad occidental, les permita seguir siendo un pueblo autónomo y diferente.

Bajo este marco, la investigación se realizó en la comunidad indígena de Bisira, una de las localidades de demostración de Panamá, que pertenece al Pueblo Ngöbe y se encuentra ubicado en la Comarca Ngöbe-Buglé. Al ser la ejecución del proyecto en una comunidad indígena, este estudio tuvo como eje de análisis definir cuáles son las acciones y metodología que ha permitido o no, implementar el proyecto bajo las líneas de la interculturalidad y qué implica la participación comunitaria.

Para ello, este estudio aborda un análisis de las determinantes que hicieron que los servicios de salud biomédicos, anteriores al proyecto fueran ineficaces para el control de la enfermedad en esta comunidad indígena y cuáles, por otro lado, hicieron de la intervención un proyecto exitoso. La hipótesis planteada es que la ineficacia del sistema de salud que estuvo presente en la sociedad Ngöbe, respondió a una sociedad occidental con formas diferentes de ver y entender la salud, que dio lugar a que se desconozca que cada sistema de salud es un sistema complejo, reflejo de la cultura que se articula con otros sistemas de pensamiento y de acción. En este caso la malaria, en la sociedad Ngöbe, está cargada de conocimientos, creencias y prácticas ligadas a su sistema de salud, y a otras esferas socioculturales. Además, su ecosistema determinó la prevalencia de esta enfermedad, a pesar

de que existía un sistema biomédico especializado para su control.

Hay que anotar, que los problemas de interculturalidad, en muchos de los casos, han sido solucionados en la práctica por los propios grupos y actores sociales. Una de las tareas básicas de los estudios interculturales sería la de registrar dichos procesos gestados por las propias culturas, para aprender de la práctica de los mismos (Menéndez 2006). Por tanto, este documento tiene una pertinencia práctica porque se intentará definir la metodología establecida en la ejecución del Proyecto DDT/GEF, como una guía para la intervención en otras zonas.

DISEÑO

Este fue un estudio de caso, descriptivo y de tipo exploratorio. La investigación se abordó con estrategias metodológicas que combinó observación participante, entrevistas comunitarias de grupo, entrevistas semi-estructuradas a actores claves, historias de vida en profundidad, conversaciones

informales y análisis discursivos del lenguaje. Se utilizó también una encuesta de hogares como técnica cuantitativa.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

La recolección de datos del método cualitativo (observación participante, conversaciones informales y etnografía) se aplicó en toda la comunidad. Las entrevistas semi-estructuradas y el trabajo con los grupos focales estaban dirigidas a actores claves. Dos historias de vida se realizaron a actores claves y para las otras dos se seleccionaron de manera aleatoria de una lista de miembros de la comunidad. De un total de 91 hogares, se aplicó la encuesta a 50 hogares que fueron seleccionados en forma sistemática y a tres personas de cada hogar: jefe de hogar, conyugue y persona mayor de 18 años que resida en el hogar. Se realizaron ciento cincuenta encuestas, en total de una población de aproximadamente 470 miembros, según la información dada por los líderes locales

Tabla I. Técnicas y unidades de observación

| | |
|--|---|
| <p>1. Historias de vida Ex -Promotor de Salud de la Comunidad de Bisira Ex -Corregidor de la Comunidad de Bisira 2 miembros de la comunidad</p> | <p>2. Entrevistas a autoridades del proyecto OPS - Ex-Consultor Nacional OPS/OMS para la ejecución del Proyecto- Panamá - Consultor OPS. Control de enfermedades. Panamá</p> |
| <p>3. Entrevistas a miembros de la comunidad - Alcalde de Kankintu - Honorable Representante de Bisira - Líder Tradicional - Vocero de Bisira - Ex-Corregidor de Bisira - Presidente del Comité de Prevención de la malaria. (CPM) - Fiscal del Comité de Prevención de la Malaria - Ex -Fiscal del Comité de Prevención de la Malaria - 4 miembros de la comunidad</p> | <p>4. Entrevistas a personal de salud -Coordinador Nacional del Programa de Control de la Malaria. - Sub-Coordinador del Programa de Vectores de la Comarca Ngöbe –Buglé. -Trabajador de salud del Sistema de Control de Vectores (SCV) de la Comarca Ngöbe- Buglé -Directora del Centro de Salud (CS) de Bisira.</p> |
| <p>5. Entrevistas a informantes calificados - 2 profesores - 2 Mujeres de la comunidad - 2 Jefes de hogar - Médico Tradicional de la Asociación de Médicos Tradicionales ASATRAN - Médico Tradicional de la Asociación ICHIDRURIBO - Miembra de la Religión Mama Tatda</p> | <p>6. Grupos focales (4 en total) 1) Asamblea Comunitaria para la presentación de la investigadora, contó con la participación de 16 miembros/as de la comunidad 2) Líderes Comunitarios: Se contó con la participación de 13 líderes comunitarios. 3) Miembros de la Comunidad: Se contó con la participación de 5 miembros 4) Médicos curanderos: Se contó con la participación de 4 Médicos Curanderos</p> |

ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizó una matriz de análisis de contenidos para el análisis de documentos. La información recolectada por el método cualitativo a través de todas las herramientas utilizadas, fueron trabajadas en la matriz de categorización de actividades y discursos de los sujetos observados (Navarro & Díaz 1994, Potter 1998, López-Aranguren 2000). Los códigos implementados son descriptivos: que son del tipo vivo, porque como dato se está empleando expresiones textuales de los actores, y del tipo sustantivo porque se acude a denominaciones creadas por la investigadora, apoyadas en los rasgos identificados y evidenciados en los datos recogidos, dados y agrupados por las variables de esta investigación. La metodología utilizada para la presentación de este documento emplea el sistema categorial (Aceves 1998, Sandoval 2002).

En la recolección de datos se presentó una solicitud verbal de participación voluntaria, se indicó la confidencialidad, anonimato y no valoración de respuestas obtenidas, y se solicitó consentimiento para grabar y tomar notas.

CONTENIDO

DESCRIPCIÓN DE BISIRA

La comunidad de Bisira es una comunidad indígena de la etnia Ngöbe, ubicada en la Comarca Ngöbe Buglé, en la República de Panamá. En Bisira predomina el clima tropical templado muy húmedo y la zona corresponde a bosque húmedo tropical. Se presentan dos estaciones climáticas bien definidas, la estación seca de enero a abril y la estación lluviosa de mayo hasta diciembre. Su precipitación tiene un promedio anual de 3250mm. La temperatura promedio anual es de 26,5°C.

En lo socioeconómico, en Panamá el nivel de vida de las poblaciones indígenas es el más bajo del país: la pobreza extrema afecta al 86% de su población. En la Comarca Ngöbe Buglé 93.46% de los habitantes se ubican bajo la línea de pobreza y en pobreza extrema el 91,5%. En cuanto a valores de la economía activa, 91% del pueblo Ngöbe realiza actividades de agricultura, ganadería, caza y silvicultura. Ninguna otra actividad económica tiene la misma categoría

de importancia con respecto al acceso a trabajo y remuneración. La única fuente significativa de trabajo es la migración hacia las cafetaleras, frutales u otras empresas de la zona y Costa Rica. Las migraciones son temporales y básicamente es una migración masculina.

Respecto a servicios de salud, cuentan con un centro de salud del sistema biomédico y del sistema tradicional. Para los Ngöbe Buglé la medicina tradicional, tiene una validez social y jurídica: la Carta Orgánica Administrativa de la comarca Ngöbe-Buglé señala en el Art. 58 que para los efectos de los servicios médicos tradicionales se clasifica la profesión de la siguiente manera:

- El Sukia médico que pronostica, diagnostica enfermedades, receta medicina en mordedura de ofidios y es fármaco;
- El curandero, analiza, diagnostica enfermedades, receta medicina y es fármaco;
- Partera empírica.

Los médicos tradicionales interactuarán con los profesionales de la medicina del sistema biomédico, en los centros de salud establecidos en la comarca, previa certificación de la comisión técnica especializada y del médico comarcal.

En Bisira, la medicina tradicional es usada por todas las personas entrevistadas. A nivel doméstico las mujeres son las que más reportan el conocimiento de las plantas y sus características medicinales, así como su uso para la curación de ciertas enfermedades. El uso de la medicina tradicional es la primera opción para curar las enfermedades. Cuando son más fuertes, no logran curarse o son reconocidas como occidentales, se recurre a los servicios prestados por el centro de salud.

Respecto a la organización social y política, el Estado reconoce la existencia del Congreso General de la Comarca como máximo organismo de expresión y decisión étnica y cultural del pueblo Ngöbe-Buglé; y los congresos locales comarcales y a las autoridades tradicionales (cacique general, cacique regional, cacique local, jefe inmediato y vocero de la comunidad).

Bisira se encuentra dentro del Corregimiento de la localidad del mismo nombre y actúa como centro del Corregimiento, que está dentro de su territorio. Los líderes tradicionales de todo el corregimiento son la jefa inmediata y el vocero. El jefe inmediato,

responde a una construcción social establecida por la red de relaciones de parentesco, de acuerdo con la formación de los caseríos por grupos de parientes relacionados entre sí por línea paterna. A partir de ahí se definía la importancia político social de un paterfamilia y quedaba determinado el jefe inmediato. En la actualidad, el jefe inmediato es nominado por la comunidad y elegido por el cacique local.

Bisira está organizada a través de comités de trabajo en cada sector de interés comunitario: educación, economía, salud, etc. Por tanto, no existe un liderazgo único, sino que se abren varios espacios de representación. Estos espacios de representación social son elegidos en asambleas comunitarias y su permanencia como líderes se dará en la medida, que se obtengan resultados de su trabajo. No todos los comités o espacios creados por la comunidad, tienen la misma representatividad, así como valoración. Durante el proceso de investigación el espacio político que más representatividad ha generado en Bisira es el Comité de Prevención de la Malaria.

EL PROYECTO DDT/GEF Y SU INSERCIÓN EN LA COMUNIDAD DE BISIRA

Si bien los documentos elaborados por el Proyecto no plantean una metodología específica de trabajo, sino que esto se refleja en sus acciones, se ha podido establecer ciertas fases. La estructura que se presenta a continuación es producto de las entrevistas y los documentos revisados, y tienen que ver exclusivamente con el componente de participación comunitaria.

Primera fase: informativa

El proceso de inserción del proyecto, para Bisira comienza con el relacionamiento con las autoridades indígenas del Congreso Ngöbe- Buglé, luego se presenta una fase de información y vinculación de forma más directa con las autoridades locales, entre ellas el alcalde, corregidores y los respectivos líderes de los diferentes sistemas organizativos (comités). En esta fase, el proyecto DDT/GEF adquiere en los miembros de la comunidad de Bisira, las mismas categorías de otros proyectos: una vinculación directa con el dinero. Es decir, que en la presencia de un proyecto se da la utilización de recursos monetarios

en la comunidad, a través de la entrega directa a sus miembros de materiales de infraestructura, subvenciones u otros.

Modificar ese imaginario social fue una primera limitante para la inserción del proyecto, en los primeros meses de intervención. El nivel organizativo se vio afectado directamente y no hubo empoderamiento de los actores. Al romper este imaginario y con la apertura al sistema organizativo de la sociedad Ngöbe, mediante la conformación del comité según sus construcciones sociales, los miembros de la comunidad se apropiaron de las propuestas del proyecto.

Segunda fase: capacitación

Luego de contar con un sistema de organización que respondía a las construcciones socioculturales de la comunidad, se dio paso a la capacitación dirigida a los líderes comunitarios, y a los nuevos líderes conformados en el nuevo comité.

Las capacitaciones se realizan en el español con la presencia de Trabajadores de Salud (TS) del Sistema de Control de Vectores (SCV), que hablan el ngöbere, lo cual permitió una real apropiación de los nuevos conocimientos, porque se reforzó la información entregándola en la lengua madre. Luego de capacitados los líderes se plantea una capacitación a toda la comunidad. Esta iniciativa responde a sus formas sociales de liderazgo, a nivel social existe una vigilancia continua de las actividades realizadas por los líderes, cuya respuesta es entregar la información y conocimiento adquirido a los miembros de la comunidad.

Con esta estrategia no solo se dio información, sino que a nivel lingüístico utilizaba las construcciones socio-lingüísticas que permiten operativizar su sistema de representaciones. Además para poder categorizar la información según las construcciones socioculturales específicas, se hicieron referencia a las explicaciones culturales de la enfermedad, de su sistema médico, y los espacios de interpretación de la malaria.

Si bien, en principio, el uso de la lengua de la comunidad no fue planteado en el proyecto, fue uno de los aspectos más importantes porque todos los grupos étnicos y de género de la comunidad tuvieron información al respecto. Las mujeres tuvieron el

mismo acceso al conocimiento que los varones, y quienes no dominaban el español, pudieron conocer la información en su lengua madre.

Tercera fase: operativa

Esta fase continua operativa. Está a cargo del personal de OPS, de los trabajadores de la salud del SCV y del MINSA, a través del Centro de Salud (CS) y de los miembros de la comunidad de Bisira.

Esta fase operativa se presenta según las características ambientales de la comunidad de Bisira, que generaron acciones específicas como zanjas para el drenaje de la zona pantanosa, limpieza de las casas y de sus patios, eliminación de refugios de los mosquitos, eliminación y control de los criaderos de los mosquitos. Si bien, estas actividades descritas, en parte responden a las planteadas por el Proyecto DDT/GEF, Bisira plantea nuevas estrategias de intervención, las cuales se mencionan a continuación:

- Jornadas de eliminación de criaderos bajo la estructura del corregimiento.

El esquema de participación comunitaria, fue establecido por el proyecto, la realización del trabajo comunitario para la eliminación y control de criaderos, se adecua a la realidad de la sociedad Ngöbe. Las jornadas de trabajo, denominadas Juntas de Trabajo Comunitario (Figura 1), se acogen bajo su régimen de sanciones, es decir la no participación en el trabajo tiene una sanción bajo su estructura sociopolítica como es el Corregimiento.

El Corregimiento establece un sistema de sanciones, para que se dé el trabajo comunitario. Las sanciones se han dado en muy pocas ocasiones porque existe una estructura social que valida las acciones de los miembros de la comunidad, el reconocimiento a la institución y la carga social que implicaría ser amonestado por ella.



Figura 1. Junta de trabajo comunitario

- Visitas casa a casa.

Esta actividad, se realizó en una primera fase como información y capacitación, sin embargo, se siguen realizando periódicamente bajo una lógica de supervisión.

- Uso de tarjetas rojas y verdes.

Actividad que se implementa por ser una regla estatal, ya que es un mandato establecido por el Ministerio de Salud de Panamá. Esta es una de las actividades que más conflictos sociales ha generado en la comunidad. La colocación de una tarjeta roja era una sanción legal, ante la presencia de patio y casa sucios; que su zanja no sea mantenida y que no se eliminen los matorrales que sirven de refugio a los mosquitos. Si se hubiesen establecido sanciones a partir de su construcciones culturales, seguramente hubiera tenido mayor eficacia y menor conflicto, la sanción hubiera sido social, y no ligada a un Estado que no presta las condiciones como servicio de recolección de basura, establecimiento de un botadero, condiciones que se si prestan en la ciudad y donde el sistema de tarjetas presentó resultados positivos.

El sistema de tarjetas no encaja con las actividades del proyecto, ya que las actividades propuestas en este proceso fueron más interactivas en todos los niveles y las cosas se establecían desde sus construcciones culturales y acuerdos comunitarios, dando lugar a que sea más participativo que impositivo. Este sistema fue asumido como un sistema de sanción ajeno y dio lugar que se resignifique y sea asumido como riñas personales y producto de venganzas, sin la validez social que tienen el resto de actividades.

- Fomentar espíritu de competencia de casas y patios limpios.

A partir de la socialización de la información, se dio a conocer las acciones para prevenir la malaria. Sin embargo, se dio una socialización más profunda entre los miembros de la comunidad, que permitió la operativización de acciones para mejorar su sistema de vida, ya que los valores de limpieza no solo se vincularon con el tema de salud, sino también con un tema social más amplio: las relaciones intracomunitarias, dando lugar a la ejecución de estos valores en las acciones propuestas por el proyecto (Figura 2).



Figura 2. Vivienda acreedora a premio por casa limpia y patio limpio.

Cuarta fase: difusión

Esta es una fase importante a nivel comunitario, que permitió la asimilación total del proyecto y sus objetivos, el empoderamiento comunitario y el levantamiento de la autoestima de los miembros de la comunidad y de sus líderes. La difusión se dio en distintos espacios, estos fueron:

- Ferias locales de salud (anuales).

En estas ferias existe un proceso de participación social, en donde toda la comunidad se vincula para su realización. Estas formas de vinculación son: jornada de saneamiento barrial, jornada de saneamiento comunitario; trabajo cultural mediante la elaboración de bailes tradicionales; trabajo artístico a través de la creación de murales, poesías, cantos, y bailes; dinamización económica de las microempresas como los comités de artesanía, comités de transporte, etc.

Esta participación se da porque existe un empoderamiento de la festividad y lo que se celebra: el control de la malaria por parte de la comunidad. Este es también un espacio para obtener un reconocimiento de las actividades realizadas, así como una validación social del éxito del proyecto que ha sido liderado por ellos como pueblo indígena.

- El Foro Internacional.

Este foro, en una primera instancia logra consolidar su capacidad organizativa. Su realización estaba a cargo de la comunidad, la que debía prestar servicios a los participantes y a co-gestionar con las autoridades del proyecto. Se logra que la estructura política y de liderazgo se consolide, debido al alto grado de participación de los líderes comunitarios y de las autoridades locales y tradicionales. Se

consolida también la identidad cultural porque se utilizó su espacio ambiental, social y cultural para una actividad internacional. Además, la realización del foro dinamizó la economía de los miembros de la comunidad y sirvió para levantar la autoestima de los pobladores, para posibilitar su reidentificación como indígenas y supuso mayor empoderamiento.

Quinta fase: evaluación

El proyecto ha tenido un proceso constante de evaluación: se lo ha analizado a nivel, local, nacional e internacional. La evaluación tiene dos ejes: el primero en lo que concierne a la enfermedad, y el segundo, a la participación comunitaria. Esta primera fase de evaluación es clara para los miembros de la comunidad, 'ha sido exitosa' y el segundo ha permitido desarrollar una real participación de todos sus miembros.

EL PROYECTO DDT/GEF COMO PROYECTO DE SALUD EN LA SOCIEDAD NGÖBE

El proyecto en su fase de información, en lo que concierne a las autoridades tradicionales generales del Congreso Ngöbe- Buglé, planteó la coordinación y participación con médicos tradicionales. A pesar de ello, no hubo ninguna implementación, ni capacitación específica para los médicos de la sociedad Ngöbe y que viven en Bisira, la única capacitación reconocida por parte de estos, es la que ha sido dada a nivel general. Lo que implica que hay un reconocimiento del sistema médico indígena y de sus detentadores, los sukias y curanderos, pero que no se operativiza en un trabajo conjunto direccionado hacia la función médica que cumplen ellos, así como para conocer la construcción sociocultural de la atención y tratamiento en la sociedad Ngöbe y su eficacia. Al no darse una operativización de trabajo conjunto, solo de reconocimiento, se plantea una relación intercultural monóloga, debido a que el proyecto tuvo una incidencia directa en su sistema médico, pero no existe el reconocimiento del conocimiento médico de la sociedad Ngöbe, por lo menos tal como se esboza en sus documentos.

Hay que anotar que en uno de los foros realizados los médicos tradicionales plantean el tratamiento para

la malaria ‘en el adulto usar bejuco y en los niños hierva sorosí por 5 a 6 días. El tratamiento es por vía oral para ‘vomitar la fiebre’. (I Foro Internacional sobre salud de los pueblos indígenas e interculturalidad, 2005). Sin embargo en el transcurso de la investigación de parte de los miembros del sistema biomédico, no se evidenció la validez o invalidez de la propuesta de los médicos tradicionales, a pesar de que los miembros de la religión Mama Tatda, no acceden al sistema biomédico.

LA MALARIA EN LA SOCIEDAD NGÖBE DE BISIRA

La malaria, insertada y reconocida dentro del sistema de salud de la sociedad Ngöbe, adquiere categorías simbólicas y sentido no solo a nivel del individuo-enfermo, sino con instancias que dan lugar a la construcción colectiva-cultural de la enfermedad.

CONCEPCIONES DE LA MALARIA

Bisira no cuenta con acceso a trabajo remunerado, por lo que se movilizan de manera temporal a zonas mestizas sobre todo en épocas de cosechas. Esta migración que ha sido de manera continua en esta población, fue asociada con la presencia y expansión de la malaria, llegando a ser denominada como ‘enfermedad de afuera’.

“Esta enfermedad no venía por si misma sino que venía como migración, eso venía de otro lugar con la persona. Que si yo no tenía esa enfermedad, me iba para Changuinola y yo me contagiaba allá, entonces así es la forma que entró” (GF líderes).

Esta vinculación de la enfermedad con un proceso social, como la migración, da lugar a que la malaria sea concebida como un mal, frente a la cual la comunidad no tendrá maneras de combatirla o prevenirla, ya que la migración es una actividad común y por tanto, la presencia de la enfermedad tiene su relación directa con este proceso.

La malaria antes de configurarse en torno a la migración, en sus primeras concepciones tenía una vinculación directa con el trabajo, sobre todo en las épocas de sol intenso. Se creía que los dolores de cabeza y la fiebre se presentaban por la larga permanencia trabajando bajo el sol, y de esta manera se adquiría la malaria, por lo que también se deriva

una vinculación con el aspecto climático, el que también hubo de derrumbarse.

“Nos daba la enfermedad, porque íbamos a trabajar a la tierra, para sembrar, o cosechar las verduras y el sol era fuerte, y entonces nos daba fiebre y decíamos que era la fiebre amarilla (malaria) por el sol.” (Conversaciones informales).

El proceso de salud/enfermedad/atención de la malaria

Bisira mantiene un reconocimiento de su sistema de salud como un sistema efectivo que lograba curar la malaria y para el caso de la religión Mama Tatda, esta es su única forma de curación hasta la actualidad. La atención de la malaria en el sistema de salud del pueblo Ngöbe, se da con el uso de varias plantas y bejuco. Tal como se evidencia en la Figura 3, 9% de los encuestados indican que irán a curarse donde el médico tradicional frente a la presencia de los síntomas de la malaria.

“Mira, antes de llegar las pastillas y los rociados... según me cuentan mis abuelos que ellos tenían una manera de curar esa enfermedad... con una fruta muy amarga del monte ellos rayaban daban con agua caliente y se lo bebían entonces para poder arrojar toda la fiebre que uno tiene por dentro, eso por varias horas.” (GF líderes).

La presencia del SCV y la entrega de pastillas para el tratamiento de la enfermedad, configura un nuevo posicionamiento en el imaginario social, respecto a la malaria: muchos acudieron al uso de medicamentos de forma indiscriminada para aliviar los síntomas a través de la automedicación.

“Si estoy mal me tomaba pastillas, sino me pasaba y luego venía la enfermedad, yo iba a donde Middi (curandero y promotor de salud de la comunidad de Bisira) y él me daba más pastillas, o mejor yo compraba, como ya me habían dado antes pastillas, entonces hacía lo mismo.” (Miembro de la comunidad).

Las primeras formas de atención era el acceso al servicio de los médicos botánicos. Una de las formas de cambio en el imaginario, se reconfigura con la presencia del SCV y su metodología de rociado, fumigación y toma de pastillas. La atención de la enfermedad, bajo esta modalidad se daba de tres formas:

i) De forma obligatoria, al realizar el rociado y la nebulización. Si bien se presentaba de forma arrolladora para la comunidad, estas técnicas eran aceptadas por sus miembros, porque también les permitía eliminar otros insectos.

“La prevención era solamente rociar los insecticidas en cada casa, esa era la manera que tratábamos de pensar para controlar la malaria con un insecticida nada mas...y era feo, teníamos que salir de las casas para que fumiguen, no dormíamos ahí, regresábamos al siguiente día, cuando se bajaba un poco el olor, no nos gustaba, pero se aceptaba para que también saque a las cucarachas.” (Miembro de la comunidad).

ii) Sin comunicación efectiva, ya que la información dada por los TS del SCV, se impartía cuando se realizaba el rociado y/o nebulización, y no a través de un proceso de capacitación o de información de manera intercultural, porque ese no era su enfoque laboral. La información no era entendible para la sociedad Ngöbe: no era en su idioma y porque las categorías de información tendían a confundirlos.

“Siempre nuestra política era capacitar a las comunidades cuando íbamos a rociar, les hablábamos, pero no hacían lo que les decíamos.” (TS del SCV).

“Los de malaria nos hablaban, pero no conocíamos solo nos decían que matemos a las moscas, pero luego el Proyecto, empezamos a caminar por toda esa quebrada, por todo ese campo, ahí seguimos viendo y ellos empezaron a agarrar y nos enseñaban que hace el macho y que hace la hembra, pero antes no entendíamos.” (Líder tradicional: Jefa Inmediata).

iii) Toma obligatoria masiva de las pastillas. Los programas de control de malaria daban tratamientos masivos a toda la población de una localidad en los que se reportaban casos, las medicinas utilizadas entregadas eran cloroquina y primaquina. Esta toma les traía efectos colaterales, como vómitos, dolores de estómago y desmayos.

“...no aguantábamos, demasiado, muy fuertes y no tenemos buena alimentación, nos dejaban con mareos, nos daba vomito, mareo, ya no aguantábamos... aunque en mi casa no se enfermaban. Pero de todas maneras nos daban, antes de que nos pegue acá el mosquito nos pique, así por cinco días nos daban el tratamiento”. (Líder tradicional: Jefa Inmediata).

ESPACIOS DE INTERPRETACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Como se ha determinado la sociedad Ngöbe tiene un sistema médico que responde a su cultura y forma de ver y entender el mundo. De la misma forma la enfermedad de la malaria insertada y reconocida dentro de su sistema médico, adquiere categorías simbólicas y sentidos no solo a nivel del enfermo, sino con instancias de la dimensión social de la enfermedad a través de sus espacios de manifestación. Estos son:

Espacio físico

La interpretación en el espacio físico, se determina de dos formas: i) utilización del ambiente, porque existe el reconocimiento de su herbolaria para el tratamiento, a pesar de que se accedía a la atención dada por el SCV, seguían también accediendo a la atención dada por su sistema médico, que se da hasta la actualidad. ii) La representación de su ecosistema, donde su espacio físico no tenía ninguna vinculación con la presencia del vector, porque la enfermedad era traída por los migrantes, o su presencia se daba por el fuerte sol. Cuando se conoce que la enfermedad es transmitida por un zancudo, información dada en las visitas realizadas por el SCV antes de la entrada del Proyecto DDT\GEF, se asume al ambiente con el zancudo dentro de él.

“Hablaban de las moscas cuando venían a fumigar, pero que íbamos hacer, si todo esto era pantano, antes no se podía caminar, todo era pantano y pantano y luego conocimos que por esa agua que no se movía nacían los zancudos, pero antes no hacíamos nada, los zancudos siempre nos picaban.” “Para mi todos los zancudos eran iguales, si los veía decía esos pican y nada más, pero luego (con la capacitación e información dada por el proyecto DDT\GEF) conocimos que son diferentes y que solo uno transmite la malaria, y luego salimos a buscar y estaba en las aguas cerca de nuestra casa, pero antes sabíamos que eran ellos, pero no, que podíamos eliminarlos.” (Miembros de la comunidad).

La información dada por el SCV dentro de su metodología de trabajo, hace que el vector sea admitido como parte de su realidad y ecosistema, siendo un acompañante casi inamovible, sin que se planteen acciones eficaces para su eliminación.

Espacio sociocultural

La vinculación con los aspectos sociales de la malaria se da con el área económica y demográfica, ubicándola como una enfermedad exógena. La intervención del Proyecto reconfiguró esta concepción porque la malaria pasa a ser una enfermedad de adentro, endógena.

“La malaria la traían los que venían a Bisira, pero luego del proyecto, vimos que sí había esos mosquitos que realmente transmiten la malaria, que era por esa agua de los pantanos... esos picaban a la persona afectada y son los que causaban entonces el contagio, a nivel de la comunidad... Hubo el caso que trataron de controlar la gente que emigraban de un lugar al otro, pero ahora el trabajo es eliminar la malaria y no ver quién va o viene.” (GF líderes).

Otro aspecto es la presencia de un evento importante, que permite vincular la malaria como una enfermedad con consecuencias graves y que los afectó directamente como sociedad.

“La comunidad tomó mucha conciencia para que en este proyecto se trabajará y llegara hasta el día de hoy con cero casos de malaria, era porque aquí trabajo una maestra de Veraguas... y ella aquí contrajo malaria y nunca se tomó una pastilla, vivía siempre con fiebre, escalofrío cuando le llevaban las pastillas nunca las quiso tomar... Cuando la sacaron de aquí estaba grave cuando llegó... a su casa en Veraguas... le detectaron que murió de malaria... Entonces eso fue uno de los motivos por el cual la gente aquí tomaron conciencia de que esa enfermedad era muy peligrosa y mata. Entonces por eso es que se empezó el trabajo.” (Asamblea Comunitaria).

Espacio individual

La malaria tiene una carga social, que se presenta por las vinculaciones sociales que existe para su presencia, pero afecta a la persona con síntomas que se vinculan únicamente con ella. La dimensión orgánica se altera de manera drástica, el enfermo adquiría ciertas categorías cuando se enfermaba de malaria entre ellas, el ‘quebra huesos’ por el movimiento que presentaba al tener escalofrío.

“Uh, si venía la fiebre, y veíamos como se movían los enfermos y decíamos el quebra huesos, porque temblaba y se movía así, nos asustábamos.” (Historia de vida).

Dentro de la concepción de individuo, afecta al trabajo productivo que realizan hombres y mujeres, es decir a uno de sus principios vitales como sociedad. Debido a que los individuos no se encontraban en condiciones de cumplir con sus actividades, la malaria era reportada como una enfermedad que no permitía realizar ninguna acción, por lo que los enfermos eran considerados ‘casi muertos’.

“Si se enferma de malaria no va a trabajar y se pasa todo el día acostado, cuando me enfermo yo no puedo ir a trabajar a traer agua, a lavar la ropa y tampoco ir a traer verduras y no puedo hacer nada, y que hago con mis hijos ellos tienen que ir a la escuela, ellos tienen que comer y yo no puedo hacer nada.” (Historia de vida). “Los que se enferman de malaria, eran como casi muertos, les decíamos así, porque se pasaban solo tirados en la casa.” (Conversación informal).

CAMPOS DEL SISTEMA MÉDICO NGÖBE

Nosográfico

Respecto a la definición de la malaria, la enfermedad tenía y tiene un reconocimiento por parte del sistema médico Ngöbe, por tanto era una enfermedad presente en esta sociedad. Su denominación era fiebre amarilla y en idioma ngöbere: *dragua subrure*. La definición vernácula se da a partir de los síntomas de la enfermedad, que eran los que permitían reconocerla, sobre todo la fiebre. Al reconocerla como enfermedad se establece un tratamiento botánico que da lugar a que se vomite una sustancia amarilla, siendo la denominación de la malaria en la sociedad Ngöbe como ‘fiebre amarilla’.

El cambio en la denominación de malaria se da en un principio por las vinculaciones que se tienen con el servicio prestado por el SCV. Malaria se utilizaba cuando se presentaba la relación con el ‘otro’, los trabajadores de la salud. Esta es una primera forma de denominarla, cuando adquieren cierta información y para acceder a los servicios de tratamiento tienen que manejar los mismos códigos lingüísticos, llamándola ‘malaria’, pero sin que se presente una real apropiación y adecuación de la información adquirida.

“Don Miller, cuenta que la malaria se llamaba fiebre amarilla y el sabe como curar la enfermedad con su medicina botánica”. “...malaria, era una palabra que la utilizaban solo cuando venían los

del SCV, cuando iban a curarse con el curandero, la llamaban fiebre amarilla.” (Diario de campo).

Esta denominación se redimensiona con la entrada del proyecto y la capacitación en la que se ven inmersos. La apropiación no es únicamente lingüística, sino que existe una adecuación cultural de los conocimientos e información, a su realidad sociocultural y a su ecosistema.

“Cuando ya fuimos capacitados, ya entendimos lo que era la malaria, los zancudos, las aguas, las basuras y que debíamos hacer para que esta enfermedad no este.” (Miembro de la comunidad).

- Identificación de la malaria.

Se determina, que antes del ingreso del Proyecto, las personas al tener los síntomas de la malaria, o creer que podían tener esta enfermedad, el 30% procedía a automedicarse, un 6% dejaba que le quiten los malestares y un 4% tomaba otras alternativas. Las personas que accedían a servicios médicos tradicionales son 13% y los que accedían a medicina tradicional son un 7%. Un 35% accedía al servicio que presta el CS y un 5% al servicio que presta el SCV (encuesta de hogares).

El proyecto con la capacitación, información y trabajo con los líderes comunitarios, reconfiguró las acciones en torno a lo que se realiza cuando se considera que se tiene la malaria, por la identificación de los síntomas. Ante la pregunta realizada ¿Qué haría o qué ha hecho en el último caso de malaria, luego de la entrada del proyecto? tal como se evidencia en la Figura 3, el 88% de la población acudiría inmediatamente al CS o al SCV a realizarse la toma de muestra de gota gruesa y un 9% acudiría al médico botánico a recibir asistencia médica.

- Clasificación.

En su sistema de representaciones la malaria, su primer sistema de clasificación fue de enfermedad exógena. El proyecto modifica la clasificación de la enfermedad, en lo que corresponde en sus primeras fases de intervención, por el proceso de capacitación e información, se identifica a la enfermedad, su forma de transmisión, al vector y su ecosistema, al tratamiento y formas de prevención. Esta información indica que el portador de la enfermedad es la persona que vive en la comunidad y que el vector es el que transporta la enfermedad, que también vive en la comunidad, conceptualizaciones que modifican su sistema de representación de la enfermedad.

“La malaria era de la migración, porque cuando venían, y pasaban aquí se enfermaban, yo salí y vine acá y me dio la enfermedad. Luego nos dicen, hay que hacer esto y lo otro, para que no nos de la enfermedad y fue difícil hacer entender a la gente, pero lo hicimos y vimos que la malaria, ya no era de afuera, sino que la malaria se daba por como vivíamos”. (Miembro de la comunidad).

Etiológico

El vector más importante en la zona es el *Anopheles Albimanus*, que es zoofílico y pica a humanos en un 15 a 20%, pero debido a su gran densidad y cantidad, generó problemas en estas poblaciones. Los criaderos de este mosquito se ubican en sitios sin sombra expuestos al sol, aunque se ha encontrado también criaderos con sombra. Estos vectores pican más fuera de la casa, sin embargo se demuestra que se presentan riesgos mayores de malaria, cuando el patio tiene maleza y se encuentra sucio.

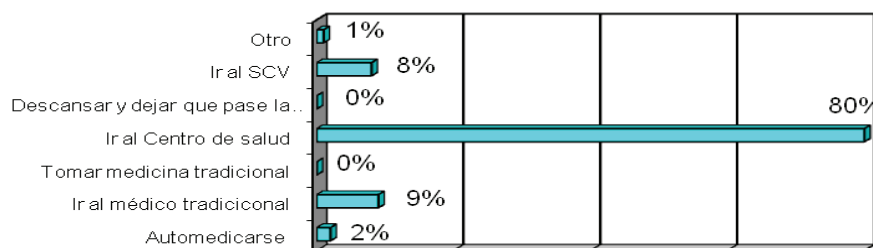


Figura 3. Qué haría ahora o qué ha hecho en el último caso de malaria, luego de la entrada del Proyecto.

Para Bisira, en el orden causal, la malaria en un primer momento se asume como una enfermedad que es causada por agentes externos, y éste es la migración. El proyecto modifica esta concepción causal de la enfermedad, y ante ello se genera la prevención y control por el trabajo que se da entre sus miembros.

“Uno de los puntos que se pudo convencer a los moradores después de la capacitación: nos reunimos en una Asamblea para aportar de lo que se llegó a conocer: como se trasmite la malaria, como se produce el caso de malaria, que son lo que lo producen, como viven los mosquitos. Se llega inculcarle eso a los moradores aquí de Bisira”. (Asamblea Comunitaria).

Las causas de la enfermedad se cambian casi totalmente, por lo menos en las primeras fases de intervención del proyecto DDT\GEF. Las siguientes son las causas que fueron identificadas por los miembros de la comunidad para la presencia de la enfermedad: i) la presencia de criaderos de mosquitos, porque no se hacen cambios en su ecosistema; ii) el mantener la casa y el patio sucios que dan lugar al refugio de los mosquitos, y iii) el no tomar el tratamiento completo. Este es su primer discurso desarrollado, pero ya en su análisis más profundo, indican que la causa para la presencia del vector es la no participación de los miembros de la comunidad, en la prevención y control de la enfermedad, por lo que se produce ‘adentro de la comunidad’, sino se combate estas causas.

Terapéutico

La malaria en un principio tenía una alternativa curativa que era de orden farmacológico ligada con el mundo vegetal, que respondía a su sistema médico y detentado por los curanderos y sukias. Cuando se da el contacto más directo con los TS del SCV, antes de la entrada del proyecto DDT\GEF, se amplía su alternativa curativa. Sin embargo, debido a su difícil acceso y a sus construcciones culturales, siguen accediendo también al sistema médico de su sociedad.

La política de entrega de medicamento y de verificación de toma masiva del mismo, trae consecuencias para los miembros de la comunidad, porque a pesar de que no se presentaba la malaria en sus hogares tenían que tomar el medicamento, que les producía vómitos, dolores de barriga y hasta

desmayos. Era un sistema terapéutico aceptado (por su obligatoriedad), pero no era lo que más se esperaba para curar la enfermedad. La entrada del proyecto y su propuesta de trabajo, que si bien no modifica el sistema terapéutico para cuando se presenta la enfermedad, plantea una alternativa preventiva para evitar la fase curativa.

CONCLUSIONES

Los resultados de esta investigación permiten conocer los espacios de deconstrucción sociocultural (Abril 1994, Geertz 1994b) de la malaria con la intervención del proyecto, y como esta deconstrucción da lugar a la ejecución del proyecto de manera exitosa. También se evidencia la ineffectividad del sistema de trabajo utilizado antes del proyecto, debido a que era un sistema “caracterizado por su verticalidad y por sus estrategias militares de “penetración”, “campaña” y “erradicación” (Dias & Dias 1993 en: Wong-Un 1998), donde, la información entregada no manejaba los códigos lingüísticos de esta sociedad (Perdiguero 2006); ni las acciones se acondicionaban a las concepciones culturales que se tenía de la malaria, así como tampoco del ecosistema que permitía su reproducción. Por tanto, existían dos construcciones socioculturales diferentes del proceso de salud/enfermedad/atención, (González 1995, Perdiguero 2006, Ramírez 2006) el del sistema biomédico y el de la sociedad indígena, dando lugar a que la una se imponga a la otra, por sus relaciones de poder, de saber y de hacer, sin generar efectividad en la intervención.

Los sistemas de representación de la malaria en los espacios físicos, socioculturales e individuales permiten conocer su dimensión y descripción, no solo como enfermedad, sino como esta se operativiza como construcción sociocultural (Geertz 1994a). Para los Ngöbe de Bisira, la malaria era una enfermedad exógena, porque la ingerencia y la prevención que se pueda hacer frente a ella, era una tarea impensada e imposible para la comunidad. Este proceso de educación desarrollado por el proyecto, permite la formación de convicciones y opiniones decisivas en las actitudes de individuos y grupos hacia la sociedad y la naturaleza. (Tréllez 2002) ya que modifica el sistema de representación e incide en la constitución del espacio. El trabajo comunitario, personal e

individual permite modificar el hábitat del vector, su ecosistema, que en los primeros reconocimientos de la enfermedad no tenían ninguna injerencia, ya que su medio ambiente no formaba parte de la enfermedad

En su espacio sociocultural, la deconstrucción actual de la malaria la coloca como una enfermedad prevenible, por tanto el trabajo sociocultural que se hace para ello, permite el desarrollo del sujeto y la comunidad, por las acciones de liderazgo, organización, coordinación que implicó el trabajo en su ecosistema. Es decir, a través de este proceso de trabajo sociocultural, se generó un ‘estilo étnico’ de prevención de la enfermedad, que surgió de la relación y del reconocimiento físico-biológico del ambiente con las nuevas categorías que se establecen con el proyecto (Leff 1998). Esto demuestra que es necesario, previa a una intervención, utilizar mecanismos para entender estos sistemas y sobre ellos trabajar, para no atropellar los espacios de representación en los que se desarrolla una sociedad. (Briceño-León 1996, Wong-Un 1998). Así también entender que la representación de una enfermedad forma parte de sistemas socio-simbólicos (Lacaze 2002, Mallart 2006) más amplios y como el manejo de su ecosistema también va por la representación que genera acciones sobre él.

La intervención del proyecto, permite reconfigurar las concepciones y construcciones entorno a los campos nosográfico, etiológico y terapéutico de la malaria. El proyecto ha tendido a modificar estas construcciones culturales, porque su metodología trabajó bajo el establecimiento de conexiones e interrelaciones entre las esferas natural y social (Caramés 2004, Mallart 2006). En la esfera natural, se encuentra la articulación que se hizo de las causas biológicas de la enfermedad y el prestamiento de su hábitat para ello, es decir del reconocimiento de su ecosistema y de las determinantes ambientales que hacían que se presente la enfermedad, conceptualizaciones que se trabajo en el proceso de capacitación, y que se objetivan en el trabajo comunitario, familiar e individual sobre su medio ambiente. La esfera social permitió vincular las concepciones de la malaria, su historia social y *habitus* (Bourdieu 2006) que rodeó la presencia y permanencia de la enfermedad.

La vinculación de estas dos esferas que más allá de ser un proceso de capacitación e información y de conocimiento empírico y teórico establecido,

permitió a la comunidad un reconocimiento de los sentidos sociales, culturales y ambientales (Rosaldo 2000, Parra 2006) que dieron lugar a la validez de las nuevas representaciones y nuevas acciones frente a la enfermedad y al reconocimiento de su ecosistema y las determinantes ambientales que inciden en sus condiciones de vida.

La nueva clasificación de la enfermedad de exógena a endógena, nueva forma de ver y entender la enfermedad tiende a modificar sus patrones de vida, su orden social, político y hasta económico para manejarla. La intervención altera no solo su espacio geográfico, sino también su *ethos* y cosmovisión, es decir la relación entre ambiente, cultura e identidad que constituye un accionar (Escobar 2000).

En esta investigación se vio que la malaria tuvo un soporte contextual, ligado a su medio ambiente, tal como lo plantearon los gestores del proyecto y por ello su intervención. Pero también tuvo y tiene un soporte cultural, ligado a sus formas de ver la vida y la salud (Caramés 2004). De esta manera el trabajo sobre la malaria, a través del trabajo en su ecosistema, se da no solo como una acción sin cargas, sino que esta pasa a ser un ‘hecho social’, culturalmente vivido, de pertenencia del individuo y de toda su red de relaciones sociales y esferas culturales, que permitió la intervención del proyecto con sus propuestas de trabajo y que estas se adecuaron a las construcciones sociales, culturales y políticas de la comunidad. Así también desarrollar la ‘experiencia de ser un sujeto’ (Touraine 2005) que se manifiesta en el derecho de cada uno a vivir y ser reconocido en su dignidad, en su capacidad de creación, reflexión y evaluación, pero también de su responsabilidad con el resto de miembros de la comunidad.

Como conclusión podemos anotar que la cultura en muchos proyectos tiende a trabajarse e interpretarse solo desde sus aspectos materiales. Es decir, incidir en cambios que puede realizar las personas desde las acciones, más no en las representaciones que validan estas acciones, dejando de lado o desconociendo que las creencias o valores culturales y sus significados están unidos directamente a sus prácticas (Ramírez 2006). Esto despliega muchas posibilidades de uso del término cultura, que dependerán de las condiciones, contexto, políticas y relaciones de poder. Para Knipper en temas de salud, hay una gran diferencia si se consideran relevantes o no, los aspectos más

bien ‘médicos’ de la cultura, encerrados dentro de lo que se denomina cultura material- (prácticas terapéuticas tradicionales, conceptos concretos para tratar y explicar la enfermedad). O si se consideran también los aspectos simbólicos de la cultura, representaciones, cosmovisión y *ethos*. (Knipper 2006). En esta investigación se puede ver que hubo una vinculación de estos dos aspectos de la cultura, pero otro de los aspectos que determinan el éxito del proyecto, es el reconocimiento de su ecosistema, sobre el cual se desarrollan valores culturales, respecto a su manejo y control, que a través del trabajo comunitario refuerzan en cada uno de sus miembros la importancia de dar recibir y participar (Chase 2002), y la formación de convicciones hacia la sociedad y la naturaleza (Tréllez 2002).

Entender el éxito de este proyecto de control de una enfermedad endémica, y plantear el éxito en otros, se da por el hecho de trabajar a través de la cultura como eje de intervención, pero con el reconocimiento de sus realidades, y de este modo minimizar las fricciones interculturales, pero maximizar los resultados de las acciones propuestas. Porque entre el sistema de manifestaciones y el de representaciones se establece una permanente interrelación dialéctica que hace posible un juego continuo entre el cambio y la permanencia (Guerrero 2002), juego necesario en la intervención de un proyecto. Con esto, no se plantea una manipulación de las estructuras culturales de una población, lo que se plantea es el respeto por la diferencia (Menéndez 2006) y ésta se evidencia por el establecimiento de una relación intercultural, como interacción dialógica de los diversos saberes entre actores sociales (Lerín 2004, Baixeras 2006, Fernández 2006), siendo la autonomía un componente de una interculturalidad simétrica (Menéndez 2006).

Bajo esta reflexión podemos anotar como segunda conclusión, que el establecimiento de una relación intercultural implica la capacidad de negociar significados culturales, pero no como una simple negociación de información de estos significados, sino de lograr un diálogo intercultural, que implicaría ‘re-conocer y re-direccionar’ las fuerzas en una interacción de igualdad y equidad. Es decir, contar con la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social, relacional

(Campos 2004), y el ecosistema en el que se desenvuelve su vida y sus concepciones, entendiendo que las prácticas que sobre este último, también definen su forma y calidad de vida.

AGRADECIMIENTOS: Este estudio contó con el apoyo del Ing. Emilio Pinto, Director Regional del Proyecto DDT/GEF/OPS/PNUMA, el equipo técnico de OPS y el equipo del Programa de Control de Vectores de Panamá. Un reconocimiento muy especial a la Dra. Rocío Rojas, Asesora Regional en Salud de los Pueblos Indígenas, por mirar integralmente a un proceso de inserción y trabajo local bajo un enfoque de interculturalidad y participación comunitaria. Un agradecimiento y reconocimiento profundo a todos los miembros de la Comunidad de Bisira, a sus líderes tradicionales, líderes locales y líderes gubernamentales por abrir sus puertas para realizar la investigación y a la Dra. Débora Godard, por ser una actriz vital del proyecto.

REFERENCIAS

- ABRIL, G. 1994. Análisis semiótico del discurso. Pp. 427-464. In: J. Delgado & J. Gutiérrez (eds.). Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Síntesis, Madrid. 672p.
- ACEVES, J. 1998. La historia oral y de vida: del recurso técnico a la experiencia de investigación. Pp. 207-276. In: J. Galindo (coord.). Técnicas de investigación en: sociedad, cultura y comunicación. Addison Wesley Longman, México. 523p.
- ALVARADO, B.; ALZATE, A.; MATEUS, J. & CARVAJAL, R. 2006. Efectos de una intervención educativa y de participación comunitaria en el control de la malaria en Buenaventura, Colombia. *Biomédica*, 26 (3): <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572006000300006&lng=e&s&nrm=iso>. (Acceso em 10/11/2007).
- BAIXERAS, J. 2006. Salud intercultural. Relación de la medicina Kallawayana con el Sistema de Salud Pública en San Pedro de Curva. Pp.271-28. In: G. Fernández (coord.). Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. ABYA-YALA, Quito- Ecuador. 450p.
- BOURDIEU, P. 2006. *Intelectuales, política y poder*. Eudeba, Buenos Aires. 272p.
- BRICEÑO-LEÓN, R. 1996. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cadernos de Saúde Pública*. 12 (1): <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1996000100002%094>. (Acceso em 17/11/2007).

- CAMPOS, R. 2004. Experiencias sobre salud intercultural en América Latina. Pp. 129-151. *In:* G. Fernández (coord.). Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas. ABYA-YALA, Quito-Ecuador. 350p.
- CARAMÉS, M. 2004. Proceso socializador en ciencias de la salud. Caracterización y crítica del modelo hegemónico vigente. Pp. 31-52. *In:* Fernández G. (coord.) Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas. ABYA-YALA, Quito-Ecuador. 350p.
- CHASE, R. 2002. El don que hierre: Reciprocidad y gestión de proyectos en la Amazonía indígena. Pp. 155 – 179. *In:* R Chase & D. Pinedo (eds.). El cuidado de los bienes comunes. Gobierno y manejo de los lagos y bosques en la Amazonía. IEP Ediciones. Instituto del Bien Común, Lima, Perú. 410p.
- ESCOBAR, A. 2000. El lugar de la naturaleza y la naturaleza del lugar: ¿globalización o postdesarrollo? Pp. 113-143. *In:* E. Lander (comp). La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas. CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales). Buenos Aires, Argentina. 248p. <<http://www.unc.edu/~aescobar/text/esp/lugardenaturaleza.pdf>>. (Acceso em 26/08/2008).
- FERNÁNDEZ, G. 2006. Un teléfono de urgencias y... casi perder la fé. Pp. 9-13. *In:* G. Fernández (coord.). Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Antropología de la salud y crítica intercultural. ABYA-YALA, Quito- Ecuador. 450p.
- GUERRERO, P. 2002. *La Cultura. Estrategias conceptuales para comprender la identidad, la diversidad, la alteridad y la diferencia.* (Primera coedición). ABYA-YALA, Quito- Ecuador. 134p.
- GONZÁLEZ, E. 1995. *Manual sobre la participación y organización para la gestión local.* Ediciones Foro Nacional por Colombia, Cali. 133p.
- GEERTZ, C. 1994a. Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura. Pp. 19-40. *In:* C. Geertz. La interpretación de las culturas. Gedisa, Barcelona. 387p.
- GEERTZ, C. 1994b. *Conocimiento local. Ensayos sobre la interpretación de las culturas.* Paidós, Barcelona. 297p.
- KNIPPER, M. 2006. El reto de la “medicina intercultural” y la historia de la “medicina tradicional” indígena contemporánea. Pp. 413-432. *In:* G. Fernández (coord.). Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. ABYA-YALA, Quito- Ecuador. 450p.
- LACAZE, D. 2002. Experiencias de Medicina Tradicional y Salud Intercultural en la Amazonía Ecuatoriana. *ANALES* 5, Pp. 163-194. Instituto Iberoamericano, Universidad de Gottemburgo, Suecia.
- LEFF, E. 1998. *Ecología y Capital. Racionalidad ambiental, democracia participativa y desarrollo sustentable.* (Tercera Edición). XXI Siglo Veintiuno Editores, México. 437p.
- LERÍN S. 2004. Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. Pp. 111-125. *In:* Desacatos. Revista de Antropología Social. Num. 16: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=13901607>. (Acceso em 17/11/2007).
- LÓPEZ-ARANGUREN, E. 2000. El análisis de contenido. Pp. 383-414. *In:* F. García & J. Ibáñez. (Eds.). El análisis de la realidad social. (Tercera edición). Alianza, Madrid. 688p.
- MALLART, L. 2006. El sistema médico de una sociedad africana: Los Evuzok del Camerún. Pp. 67-82. *In:* G. Fernández (coord.). Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Antropología de la salud y crítica intercultural. ABYA-YALA, Quito- Ecuador. 450p.
- MÉNDEZ-GALVÁN, J.; BETANZOS-REYES, A.; VELÁZQUEZ-MONROY, O. & TAPIA-CONYER, R. 2004. *Guía para la implementación y demostración de alternativas sostenibles de control integrado de la malaria en México y América Central.* Primera edición. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. México. 210p.
- MENÉNDEZ, E. 2006. Interculturalidad, “diferencias” y antropología at home. Algunas cuestiones metodológicas. Pp.51-65. *In:* G. Fernández (coord.). Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. ABYA-YALA, Quito- Ecuador. 450p.
- NAVARRO, P.; DÍAZ, C. 1994. Análisis de contenido. Pp. 177-224. *In:* J. Delgado & J. Gutiérrez (eds.). Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Síntesis, Madrid. 672p.
- OMS/OPS (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD/ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD). 2002. Informe de la situación de los Programas de Malaria en las Américas. Pp. 26. a. *In:* Conferencia Sanitaria Panamericana. 54ª Sesión del Comité Regional. Washington, D.C. EUA, 23-27 de septiembre de 2002. CSP-26/inf./3 (esp.).
- OPS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD). 2005. Indicadores básicos por provincias y comarcas indígenas. OPS Panamá. 43p.

- OPS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD) 2007a. *Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAP). Una herramienta para el abordaje intercultural de la malaria*. OPS Panamá. 35p.
- OPS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD). 2007b. *Participación de la población indígena en el control integral de la malaria. "La experiencia de Bisira, Comarca Ngöbe Buglé"*. OPS Panamá. 59p.
- PARRA, L.; PACHECO, A. 2006. ¿Monólogo o diálogo intercultural entre sistemas médicos? Un reto educativo para las ciencias de la salud. *Revista Ciencias de la salud*, 4 (Número especial): 110-121. <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/562/56209913.pdf>>. (Acceso em 19/11/2007).
- PERDIGUERO, E. 2006. Una reflexión sobre el pluralismo médico. Pp. 33-49. *In*: G. Fernández (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. ABYA-YALA, Quito- Ecuador. 450p.
- PINEDA, F. & AGUDELO, C. 2005. Percepciones, actitudes y prácticas en malaria en el Amazonas Colombiano. *Revista de Salud Pública*, 7 (3): <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642005000300009>. (Acceso em 05/11/2007).
- POTTER, J. 1998. *La representación de la realidad: discurso, retórica y construcción social*. Paidós, Barcelona. 319p.
- RAMÍREZ, S. 2006. La interculturalidad sin todos los agentes sociales. El problema de salud intercultural en Bolivia. Pp. 405-412. *In*: G. Fernández (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. ABYA-YALA, Quito- Ecuador. 450p.
- ROJAS, W.; BOTERO, S. & GARCÍA, H. 2001. An integrated malaria control program with community participation on the Pacific Coast of Colombia. *Caderno de Saúde Pública*, 17: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2001000700019&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. (Acceso em 15/11/2007).
- ROSALDO R. 2000. *Cultura y verdad. La reconstrucción del análisis social*. (Traducción primera edición). ABYA-YALA, Quito-Ecuador. 251p.
- SANDOVAL, C. 2002. *Investigación cualitativa. Programa de Especialización en Teoría y Técnicas de Investigación Social. Módulo Cuatro*. Instituto Colombiano para el fomento de la educación Superior, ICFES. Bogotá-Colombia. 312p.
- TRÉLLEZ, E. 2002. La ética ambiental y la educación ambiental: dos construcciones convergentes. Pp. 222-236. *In*: E. Leff (coord.) *Ética, vida sustentabilidad. Pensamiento ambiental latinoamericano 5*. Ministerio del Medio Ambiente. PNUD. PNUMA. CEPAL. ONU, México. 331p.
- TOURAINÉ, A. 2005. *Un nuevo paradigma para comprender el mundo de hoy*. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. España. 280p.
- WONG-UN, J. 1998. Control comunitario de las infecciones endémicas: pensando los haceres sanitarios colectivos de los campesinos de los Andes peruanos. *Cadernos de Saúde Pública*, 14 (2): <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000600008>. (Acceso em 15/11/2007).

Submetido em 15/01/2010

Aceito em 30/04/2010