

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
“Lic. Gerardo Iraheta Rosales”**



TITULO:
LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LAS EPIDEMIAS TRANSMITIDAS POR EL
ZANCUDO COMUNIDAD TUTUNICHAPA III, (2017-2019)

PRESENTADO POR
Br PEDRO RAFAEL MARTÍNEZ JURADO (MJ13005)

**INFORME FINAL PARA OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIADO EN
ANTROPOLOGÍA SOCIOCULTURAL**

**DIRECTORA DEL PROCESO DE GRADO:
MAESTRA SUSANA MAYBRI SALAZAR**

**COORDINADOR DE PROCESOS DE GRADO:
LICENCIADO JUAN FRANCISCO SERAROLS RODAS**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, DR. FABIO CASTILLO FIGUEROA, SAN
SALVADOR, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA, ENERO DEL 2023**

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

**RECTOR:
MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO**

**VICERRECTOR ACADÉMICO:
DOCTOR RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ**

**VICERRECTOR ADMINISTRATIVO:
INGENIERO JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA**

**FISCAL GENERAL:
LICENCIADO RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN**

**SECRETARIO GENERAL:
INGENIERO FRANCISCO ALARCÓN SANDOVAL**

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

**DECANO:
MAESTRO OSCAR WUILMAN HERRERA RAMOS**

**VICEDECANA:
MAESTRA SANDRA LORENA BENAVIDEZ DE SERRANO**

**SECRETARIO:
MAESTRO JUAN CARLOS CRUZ CUBÍAS**

**DIRECTOR GENERAL DE PROCESOS DE GRADO DE LA FACULTAD:
MAESTRO BORIS EVERT IRAHETA**

AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

JEFE:

DOCTOR RICARDO ANTONIO ARGUETA HERNÁNDEZ

DOCENTE ASESORA:

MAESTRA SUSANA MAYBRI SALAZAR

COORDINADOR UNIDAD DE PROCESOS DE GRADO:

LICENCIADO JUAN FRANCISCO SERAROLS RODAS

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco a las personas de la comunidad Tutunichapa III por permitirme compartir sus experiencias, y de entre estas a mi familia, en particular a mi tío Manuel, mi tía Nancy por acompañarme en las salidas a campo, a mi hermano Jesús por permitirme usar su poema y a mis padres porque sin su sustento económico e información no hubiese sido posible realizar esta investigación.

A mi tutora Susana Salazar por la paciencia y confianza que me depositó en la construcción de este escrito, así como su firme direccionalidad de mi inventiva. Así mismo, agradezco a Fátima Meléndez, amiga y compañera, porque su enorme contribución en la edición del texto, discusión teórica, navegación burocrática y apoyo moral fueron para mí una luz en el camino. También, a mis colegas Elva Hernández y Jessica Bulla, por sus orientaciones en el proceso de escritura de la auto etnografía, así como a Kevin Márquez Chorro por sus sugerencias sobre el tratamiento del poema.

A todas las personas que me han apoyado con la lectura y comentarios de apartados específicos, de entre estas puedo mencionar a Ingrid Bustillo, Pablo Benítez, Alejandro Palma, Eduardo Bautista y Sara Segura. A mis docentes de CLACSO, UAEM y particularmente a Héctor Samour porque la sistematicidad de sus enseñanzas y estímulos imaginativo que ayudaron a reordenar y expandir el marco teórico. También agradezco a mis compañeros de generación, nacionales e internacionales, por todo el apoyo y palabras de aliento que me han brindado.

Finalmente agradezco a mis camaradas de Escuela Política por el apoyo brindado en los últimos meses de escritura y por la oportunidad de llevar los compromisos éticos de este texto a las últimas consecuencias en el sueño de un proyecto común.

PEDRO MARTÍNEZ

ÍNDICE

CONTENIDO	No. de PÁGINA
RESUMEN	8
PRESENTACIÓN	9
INTRODUCCIÓN	11
PRIMERA PARTE	13
INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN	13
LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LAS EPIDEMIAS TRANSMITIDAS POR EL ZANCUDO COMUNIDAD TUTUNICHAPA III, (2017-2019)	13
CAPITULO N°1	14
DEBATE SOBRE EL ABORDAJE DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ZANCUDOS	14
1.1. PROBLEMATIZACIÓN	15
1.2.1. General:	17
Indagar cómo se construyen socialmente las epidemias transmitidas por el zancudo en El Salvador a través del estudio de caso de la comunidad Tutunichapa III	17
1.2.2. Específicos:	17
1.3. HIPÓTESIS	18
1.4. JUSTIFICACIÓN	18
1.5. MARCO TEÓRICO	18
1.5.1. Epistemología en el abordaje de las enfermedades	19
1.5.2. Las Visiones de Salud: debate entre las ciencias sociales y las ciencias médicas	23
1.5.3. Modelos de Atención	26
1.5.4. Asignación de culpas: aceptabilidad del riesgo, legitimidad y control social	30
1.5.4.1. “Estilo de vida”: inculpación de la víctima versus vínculo sociedad individuo	33
1.5.5. Salud Urbana y exclusión	36
1.6. METODOLOGÍA	41

1.6.1. Selección del lugar de estudio.	43
1.6.2. Técnicas	44
1.6.3. Instrumentos	47
1.6.4. Encuentro etnográfico y rol dentro de la comunidad	49
CAPITULO N°2	56
CONTEXTO MACRO Y MICRO	56
2.1. EL PROCESO DE TRANSFORMACIÓN DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR EL ZANCUDO EN EPIDEMIAS	57
2.1.1. El sistema de salud salvadoreño y las enfermedades transmisibles.	57
2.1.2. Desarrollo de las epidemias transmitidas por el zancudo en el territorio salvadoreño	60
2.1.3. El proceso de urbanización en El Salvador como determinante de epidemias	67
2.1.3.1. Área Metropolitana de San Salvador: Marginalidad y abastecimiento de agua.	71
2.2. LOS ESTILOS DE VIDA EN LA TUTUNICHAPA III	72
2.2.1. Ubicación y límites de la comunidad Tutunichapa III	72
2.2.2. Condiciones sociodemográficas de los habitantes de la Tutunichapa III para 2019	84
2.2.3. Historia de la comunidad Tutunichapa III	87
2.2.4. Ecología urbana y percepción del riesgo	90
2.3. EL ARENAL TUTUNICHAPA	94
CAPITULO N°3	104
LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ZANCUDOS EN LA COMUNIDAD TUTUNICHAPA III	104
3.1 PERCEPCIÓN DE DENGUE, CHIKUNGUNYA Y ZIKA EN LA TUTUNICHAPA III	105
3.2 MODELOS DE ATENCIÓN EN LA TUTUNICHAPA III	112
3.2.1 Zancudos metidos y río sucio: ecos de la moral hegemónica en la prevención de los excluidos urbanos.	116
3.3 PRESTIGIO	120
CAPÍTULO N°4	127

LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LAS EPIDEMIAS TRANSMITIDAS POR EL ZANCUDO.	127
4.1 CONTEXTOS EN LOS QUE SE DESARROLLA LA COMUNIDAD TUTUNICHAPA III QUE FACILITAN EL CONTAGIO DE LAS EPIDEMIAS TRANSMITIDAS POR EL ZANCUDO	128
4.2.1 Intersección conceptual: Percepción del Riesgo, Ecología Urbana, Modelo de Atención.	132
4.2.2 Representaciones y prácticas de atención a las enfermedades transmitidas por el zancudo en la comunidad Tutunichapa III	134
CONCLUSIONES	137
ANEXOS	141
REFERENCIAS CITADAS	153
SEGUNDA PARTE	158
INSTRUMENTOS DE PLANIFICACION DEL PROCESO DE GRADO, 2019	158
PLAN DE LA INVESTIGACION DEL PROCESO DE GRADO, 2019	159
PROYECTO DE INVESTIGACION	171
LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LAS EPIDEMIAS TRANSMITIDAS POR EL ZANCUDO COMUNIDAD TUTUNICHAPA III, (2017-2019)	171
RESPONSABLES INVESTIGACIÓN Y TRIBUNAL CALIFICADOR	197

RESUMEN

La finalidad de esta de investigación es indagar cómo se construyen socialmente las epidemias de dengue, chikungunya y zika las cuales comparten tienen en común que son transmitidas por el zancudo *Aedes aegypti* las cuales tuvieron mucho realce a mediados de la década pasada. Para esto retomo como estudio de caso de la comunidad Tutunichapa III de la colonia Guatemala, San Salvador, El Salvador durante el periodo 2017-2019. El método utilizado fue el etnográfico y autoetnográfico, se aplicaron entrevistas semiestructuradas, observación participante y observación directa. En el desarrollo de este estudio se investigó los contextos históricos en los que se desarrolla la comunidad Tutunichapa III y las enfermedades transmitidas por zancudos, así como la percepción del riesgo y los modelos de atención de los habitantes hacia estas enfermedades. Concluyo que los contextos de desigualdad social generan estilos de vida que permiten la reproducción de epidemias transmitidas por los zancudos, y estos son ocultadas al culpabilizar al enfermo de su propia enfermedad.

Palabras Clave: Salud-Enfermedad-Atención, Percepción del Riesgo, Construcción Social del Riesgo, Biomedicina, Marginalidad.

PRESENTACIÓN

La Escuela de Ciencias Sociales “Licenciado Gerardo Iraheta Rosales”, tiene como visión formar integralmente profesionales en diferentes áreas y disciplinas, comprometidos con el desarrollo económico y social de El Salvador desde una perspectiva humanística y científica. En su misión es importante la formación de recurso humano orientado en la investigación que aborde con pertinencia histórica y teórica las problemáticas sobre la realidad salvadoreña y con uno de los pilares básicos para fortalecer la investigación con los Procesos de Grado realizados por los estudiantes egresados. En ese sentido, he realizado el estudio La construcción social de las epidemias transmitidas por el zancudo comunidad Tutunichapa III, (2017-2019). El objetivo de la investigación fue investigar cómo se construyen socialmente las epidemias transmitidas por el zancudo.

Cumpliendo con uno de los requisitos de la Normativa Universitaria para optar al grado de Licenciado en Antropología Sociocultural y según el “Reglamento de la Gestión Académico Administrativa de la Universidad de El Salvador”, en sus tres etapas básicas:

La primera etapa, sobre Planificación donde elaboré el plan de trabajo y un protocolo para la Investigación; dentro del cual, en una primera fase, realicé la selección del tema y tipo de investigación cualitativa, en una segunda fase, redacté los respectivos documentos para la recolección y organización de la información obtenida. Ambos documentos se anexan en la segunda parte de este informe. La segunda etapa, Ejecución del Desarrollo de la Investigación que consistió principalmente en el trabajo de campo, aplicando cada uno de los métodos y técnicas que aprendimos a lo largo de la licenciatura, para entrar en contacto con los residentes de la comunidad Tutunichapa III. Facilitando la recolección de información que junto al marco teórico me permite comprender la realidad de los mismos y conocer el proceso histórico y social de la construcción del riesgo de epidemias transmitidas por el Zancudo, teniendo como resultado la

elaboración del presente informe final que comprende cuatro capítulos en los que desarrollé todo el proceso investigativo, que forma parte de la tercera etapa, Presentación y Evaluación de Resultados Finales de Investigación, que finaliza con la disertación de mis resultados y propuesta académica como producto de la investigación ante el Jurado Calificador y personas invitadas.

INTRODUCCIÓN

En este estudio abordo el proceso por el cual las enfermedades transmitidas por zancudos llegaron a convertirse en epidemias en el contexto salvadoreño, tomando como caso de estudio a la comunidad Tutunichapa III que forma parte de la colonia Guatemala de la capital San Salvador, dicha comunidad está ubicada a la ribera del río sucio llamado Arenal Tutunichapa lo cual la vuelve vulnerable ambientalmente.

El estar saludable, enfermar y atender los padecimientos para recuperar la salud deben entenderse como parte de un mismo proceso que no está separado del resto de fenómenos sociales, más bien deben de verse como una totalidad. En este sentido ciertos grupos son más vulnerables que otros al riesgo de enfermar debido a las condiciones de desigualdad socioeconómica y desgaste ambiental producto de la acumulación de capital. Por ello, el análisis de este proceso debe de incluir la estructuración de representaciones y prácticas para enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos y también su vínculo con los procesos económicos y políticos.

En este estudio utilicé la metodología etnográfica clásica y la autoetnografía durante el periodo comprendido entre 2017 y 2019, sin embargo, he utilizado datos de campo que he recolectado en trabajos anteriores desde el 2016. Durante este periodo realicé tabs y observación participante con las personas que viven en la comunidad Tutunichapa III y personal de salud. Para realizar la argumentación de este estudio he dividido el texto en 4 capítulos de la siguiente manera:

En el Capítulo 1 titulado “Debate y contexto histórico sobre el abordaje de las enfermedades transmitidas por zancudos” realizo la exposición sobre el marco teórico, los debates alrededor de la visión de salud y las posturas a las que me adscribo; así mismo abordo la problematización, metodología y objetivos que

utilicé. En el Capítulo 2 titulado “Contexto macro y micro” abordo aquellos procesos estructurales que han propiciado que las enfermedades transmitidas por zancudos trascendieran a epidemias y posteriormente trato como dichos procesos se concretan en la cotidianidad de la comunidad Tutunichapa III. En el Capítulo 3 titulado “las enfermedades transmitidas por zancudos en la Tutunichapa III” abordo la pluralidad de percepciones y de formas de atender las enfermedades transmitidas por zancudos. Finalmente, en el capítulo 4 titulado “La construcción social de las epidemias transmitidas por el zancudo” realizo las reflexiones finales del estudio, confrontando la teoría con el dato de campo.

PRIMERA PARTE
INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

**LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LAS EPIDEMIAS TRANSMITIDAS POR EL
ZANCUDO COMUNIDAD TUTUNICHAPA III, (2017-2019)**

CAPITULO N°1

DEBATE SOBRE EL ABORDAJE DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ZANCUDOS

- 1.1 PROBLEMATIZACIÓN
- 1.2 OBJETIVOS
- 1.3 HIPÓTESIS
- 1.4 JUSTIFICACIÓN
- 1.5 MARCO TEÓRICO
- 1.6 METODOLOGÍA

CAPÍTULO N°1

DEBATE SOBRE EL ABORDAJE DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ZANCUDOS

En este capítulo expondré el abordaje teórico-metodológico que se llevó a cabo durante la investigación.

1.1. PROBLEMATIZACIÓN

Las enfermedades transmisibles o infecciosas son definidas como invasiones al interior de un organismo (animal o humano) efectuadas por una segunda forma de vida que, si bien provienen del ambiente, necesitan de otro organismo para reproducirse, estableciendo así una relación parasitaria que afecta la salud del huésped (San Martín, H., 1985, p. 263-274). Estas enfermedades tienen una frecuencia estadística normal de casos en una población, denominada endemia, que guarda relación con el área geográfica, época del año o experiencia previa en la que es común observar un alza.

La Organización Panamericana de Salud (OPS, 2002, p. 10-12) advierte que las enfermedades pueden superar su frecuencia normal y propone una clasificación basándose en la magnitud poblacional del problema: denominándose brote cuando están contenidas en un espacio específicamente localizado y epidemia cuando es un problema a gran escala que usualmente trasciende los límites geográficos y poblacionales específicos, con ocurrencia de casos claramente superior a la expectativa normal.

En El Salvador los estudios sobre el riesgo de contraer las enfermedades transmitidas por el zancudo han sido desarrollados mayoritariamente desde una perspectiva epidemiológica, y esta ha producido una serie de conocimientos que sirven de insumo para la creación de programas, técnicas y saberes para el diagnóstico, tratamiento y la prevención de estas enfermedades. Al revisar los datos anuales del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica del Gobierno de El Salvador del 2011 al 2019, advierte que el número de casos de dengue del

2011 al 2015 fueron muy altos, manteniéndose en un rango entre 20,000 y 60,000; además del dengue, que tiene varias décadas de presencia en el país, en el 2014 arribó el chikungunya que llegó a superar al dengue en cantidad de casos, y en 2015 el zika.

Sin embargo, en 2016 la tendencia cambió bruscamente a la reducción de casos de estas tres enfermedades. Si bien los casos anuales de dengue del 2018 y 2019 muestran que en efecto ha habido un aumento paulatino de esta enfermedad por lo cual su reemergencia es probable y es necesario prevenirlo. Al respecto Rodríguez Carrasco, B., Alonso Cordero, M., Scull Scull, G., & Boyeros Fernández, E. (2008) señalan que “Los factores climatológicos, socioeconómicos y culturales influyen de forma notable en la reemergencia del dengue” (p.10).

Al consultarle a los profesionales de salud (médicos, personal de enfermería, promotores de salud, etc.) sobre su percepción del porqué de la dificultad de mermar definitivamente las enfermedades de transmitidas por el zancudo, y las transmisibles en general, afirman que la población no atiende las recomendaciones que se les dan para la prevención de la proliferación del zancudo y otras plagas. En este sentido su interpretación de la problemática se centra en las características biológicas y reduce el abordaje de lo social al comportamiento riesgoso de los individuos o a factores aislados que se pueden intervenir por separado, volcando la culpa al enfermo de su propia enfermedad y disminuyendo en la misma proporción la responsabilidad de los contextos sociales desiguales.

En este sentido, para romper con esta visión reduccionista de la salud debemos cuestionar dichos planteamientos para preguntarnos ¿Cómo se construyen socialmente las epidemias transmitidas por el zancudo? Contestar esta cuestión implica incorporar una perspectiva holística, analizando la relación entre ideología y las condiciones materiales de la población – que son los dos pilares que fundamentan la práctica social – y como estas son influenciadas en una escala

local; otra de carácter económico y político nacionales; y otra de carácter global como el proceso histórico de establecimiento de la perspectiva biomédica como paradigma hegemónico de la salud, la introducción de estas enfermedades a nuestro contexto de estudio, entre otros. Todo esto con una perspectiva diacrónica, lo cual nos permitirá analizar la dimensión histórica de la construcción social del riesgo que la población que vive en zonas de foco de contagio de las tres enfermedades a las que aquí nos referimos.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. General:

Indagar cómo se construyen socialmente las epidemias transmitidas por el zancudo en El Salvador a través del estudio de caso de la comunidad Tutunichapa III

1.2.2. Específicos:

Reconocer los contextos en los que se desarrolla la comunidad Tutunichapa III para caracterizar y explicar las condiciones que facilitan el contagio de las epidemias transmitidas por el zancudo.

Conocer la percepción del riesgo de la población en torno a las enfermedades transmitidas por el zancudo en la comunidad Tutunichapa III para explicar su comportamiento hacia el proceso de salud/enfermedad/ atención

Identificar las formas en que se atienden las enfermedades transmitidas por el zancudo para caracterizar el modelo de atención predominante en la comunidad Tutunichapa III

1.3. HIPÓTESIS

Los contextos de desigualdad social generan estilos de vida que permiten la reproducción de epidemias transmitidas por los zancudos, y estos se ocultan al culpabilizar al enfermo.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Este tipo de estudio tiene importancia académica pues analiza el riesgo de contraer enfermedades transmisibles en el contexto salvadoreño desde una perspectiva diferente de la epidemiología hegemónica centrada en lo biológico y la vigilancia estadística; y distinto al abordaje de la antropología convencional que ha enfatizado en las representaciones sociales de otras enfermedades, dejando en segundo plano el contexto material y estructural. Por tanto, esta investigación da un aporte a la urgente necesidad de reconciliar las ciencias sociales con las naturales en el contexto salvadoreño.

Por otro lado, esta investigación puede servir para comprender la reemergencia de las enfermedades transmitidas por el zancudo e incluso otras enfermedades transmisibles en contextos urbanos como la pandemia por Covid-19, aunque aclaro que este estudio es previo a dicha problemática. Así mismo, puede ayudar a comprender las barreras ideológicas que encontraremos al diseñar y aplicar políticas, programas, estrategias y acciones comunitarias que estén dirigidas a la promoción de la articulación de saberes médicos, la autoatención informada (como la automedicación) y el surgimiento de movimientos populares contra hegemónicos. Así mismo esta reflexión sirve para comprender las condiciones de posibilidad para la utilización del saber biomédico en la emancipación de los pueblos ante la opresión del capital, la colonialidad y el patriarcado.

1.5. MARCO TEÓRICO

En este apartado realizaré una exposición de los conceptos que utilizaré para explicar la construcción social de las epidemias transmitidas por el zancudo. Para

esto abordaré: 1) los paradigmas epistémicos sobre el abordaje de la salud y el desarrollo de la medicina científica como paradigma hegemónico; 2) las distintas visiones de salud en ciencias sociales y ciencias médicas; 3) los modelos de atención de padecimientos; 4) los discursos sobre los riesgos y su utilización como forma de control social; y 5) la exclusión social en el espacio urbano.

1.5.1. Epistemología en el abordaje de las enfermedades

Usualmente se piensa que el conocimiento proveniente de “La Ciencia” y en particular la biomedicina, también llamada medicina científica o formal, es un reflejo fiel de la realidad o la realidad en sí misma. Sin embargo, el desarrollo científico está relacionado con la expansión de las potencias imperialistas y coloniales que se fundamentó en el mito de la modernidad, y que muestra los elementos de la moral moderna que sesgan la producción científica. Dicho mito es descrito por Dussel (2000, pp. 49) de la siguiente forma:

“1 La civilización moderna se autocomprende como más desarrollada, superior (lo que significa sostener sin conciencia una posición ideológicamente eurocéntrica); 2 la superioridad obliga a desarrollar a los más primitivos, rudos, bárbaros, como exigencia moral; 3 el camino de dicho proceso educativo de desarrollo debe ser el seguido por Europa (es, de hecho, un desarrollo unilineal y a la europea, lo que determina sin conciencia alguna, la “falacia desarrollista”); 4 como el bárbaro se opone al proceso civilizador, la praxis moderna debe ejercer en último caso la violencia si fuera necesario, para destruir los obstáculos de la tal modernización (la guerra justa colonial); 5 esta dominación produce víctimas (de muy variadas maneras), violencia que es interpretada como un acto inevitable, y con el sentido cuasi ritual de sacrificio; el héroe civilizador inviste a sus mismas víctimas del carácter de ser holocaustos de un sacrificio salvador (el indio colonizado, esclavo africano, la mujer, la destrucción ecológica de la tierra, etc); 6 para el moderno, el bárbaro tiene

una “culpa” (el oponerse al proceso civilizador) que permite a la modernidad presentarse no sólo como inocente sino como emancipadora de esa culpa de sus propias víctimas; 7 por último, y por el carácter civilizatorio de la modernidad, se interpretan como inevitables los sufrimientos o sacrificios (los costos) de la modernización de los pueblos atrasados (inmaduros), de las otras razas esclavizables, del otro sexo por débil, etc.”

En pocas palabras la modernidad asume una relación paternalista con quienes considera inmaduros y busca desarrollarlos a su imagen y semejanza, pero al ocurrir resistencias a esta falsa generosidad sacrifica sus opositores y les inculpan del daño que en realidad el moderno les causa.

Dussel (2000) también afirma que con las expansiones de Portugal y España se considera que todo el planeta se configuró en “el lugar” de “una sola historia” teniendo como centro a la Europa Moderna y como periferia al resto del mundo, a los cuales son inmaduros y deben ser civilizados; por ello la modernidad es consecuencia de la colonización. En ese sentido Arrizabalaga (En Pedriguero, 2000) postula que la medicina y la ciencia surgen en Europa durante el siglo XIX y promovieron una transformación profunda en la forma en que se representaba la naturaleza, la cual se difundió exitosamente a todo el mundo con la expansión imperialista de las potencias occidentales; a finales de XIX e inicio del XX el laboratorio era presentado como el lugar donde la medicina había logrado adquirir un método para la investigación experimental fiable y riguroso para objetivar la salud y la enfermedad, al encontrar la clave para comprender la peste y otras enfermedades nació la teoría bacteriológica, la cual se vio aún más legitimada a partir de la segunda guerra mundial.

Por ello Arrizabalaga (En Pedriguero, 2000) afirma que la percepción de los logros médicos y científicos condujo a muchos occidentales a asumir sus representaciones de la enfermedad como las más “verdaderas”, y que dichas

representaciones en tanto construcción intelectual constituyen la culminación de un proceso histórico de acumulación de conocimiento previo sobre la enfermedad y cualquier otra realidad natural, constituyendo así una especie de lucha entre la evidencia empírica y el sentido común frente a la teoría y la estupidez, los cuales son encarnados en las demás formas de comprender la salud.

La influencia que la medicina científica tiene sobre el mundo contemporáneo es innegable, a esto se debe la enorme importancia que los estados les confieren, y explica el que corporaciones privadas y públicas, así como las elites sociales, poseen y regulan su uso (Arrizabalaga en Pedriguero, 2000). Así, para Brehil (2013), a lo largo del tiempo la biomedicina (y en particular la epidemiología) ha estado permanentemente sometida a presiones cruzadas desde demandas y valores opuestos y por ello sus paradigmas interpretativos y modelos de investigación jamás han sido decisiones autónomas de los especialistas, sino el producto de la interrelación entre las ideas y operaciones individuales de éstos, con las fuerzas, reglas, facilidades y obstáculos sociales de contextos históricos específicos. En otras palabras, la historia de disensos científicos en la epidemiología, como los que se dieron entre el contagionismo conservador y la doctrina progresista miasmática en el siglo XIX; o entre las explicaciones unicasales y la teoría social inicial en la primera mitad del siglo XX; o entre el modelo multicausal –con el paradigma de riesgo como su brazo operativo– versus la epidemiología crítica en la actualidad solo puede explicarse a través de las relaciones de poder (Brehil, 2013).

Por su parte Toledo & González (en Garrido F., González M., Serrano J.L. & Solana J. L., 2007) afirman que las diversas teorías de raíz ilustrada escinden la relación entre sociedad y naturaleza, que a su vez parcela el conocimiento científico entre las ciencias naturales y las ciencias sociales. En ese sentido, la mayoría de las teorías sociales hegemónicas en ciencias sociales contribuyen a la reproducción de la modernidad generando una ficción antropocéntrica que aún

persiste entre pensadores y en las corrientes más avanzadas de las ciencias contemporáneas. Un ejemplo de esto es la concepción de salud y enfermedad de la biomedicina que, como veremos en breve, centra su atención en los procesos biológicos individuales, pero no en el contexto social que la determina.

Por su parte Arrizabalaga (En Pedriguero, 2000) propone una definición vinculada con la dimensión social de la enfermedad. Estas constituyen al mismo tiempo un acontecimiento biológico; constructos verbales que reflejan la historia intelectual, e institucional de la medicina que sirve para legitimar a dicha disciplina y, potencialmente, al sistema público; un aspecto del rol social y la identidad de cada individuo; un elemento estructurador de las interacciones curador/paciente; y una sanción de valores culturales. Esta definición nos permite ver como los saberes de la biomedicina son construcciones sociales (solo uno de muchos sistemas de pensamiento y representación de la realidad, y no la realidad en sí misma, aunque se ha constituido como la hegemónica), pero continúa poniendo la génesis de las enfermedades en individual/biológico descuidando la determinación social material, por lo cual es necesario explorarlo en mayor profundidad en el próximo apartado.

Finalmente, Dussel (2000) propone una salida para la falacia desarrollista de la modernidad que excluye a las periferias de su realización. A dicha salida la denominó “trans-modernidad” que consiste en que la modernidad y la alteridad se co-realicen en mutua fecundidad creadora y solidaria, lo cual solo puede conseguirse negando el mito de la modernidad (Dussel, 2000). Para dicho fin es necesario producir conocimiento desde lo que Boenaventura de Souza Santos llama “epistemología del Sur” entendida como “la búsqueda de conocimientos y de criterios de validez de conocimiento que otorguen visibilidad y credibilidad a las prácticas cognitivas de las clases, de los pueblos y de los grupos sociales que han sido históricamente victimizados, explotados, y oprimidos, por el colonialismo y el capitalismo globales. El Sur, es pues usado aquí como metáfora del sufrimiento

humano sistemáticamente causado por el colonialismo y el capitalismo” (De Souza Santos, 2009:12). Sin embargo, esto no implica la invalidez total de los conocimientos que provienen de los centros de poder, sino cuestionar sus pretensiones de universalidad y reivindicar los conocimientos del Sur para el Sur. Esto nos abre insumos para nuestras reflexiones sobre el abordaje de los problemas de salud ocasionados por las enfermedades transmitidas por zancudos.

1.5.2. Las Visiones de Salud: debate entre las ciencias sociales y las ciencias médicas

Para Echeverri (2010) el abordaje de la salud en las ciencias sociales se encuentra emparentado desde su nacimiento con el de las ciencias de la salud ya que ambas surgieron en el mismo contexto histórico – siglo XVIII – que, en su origen, vinculaba el conocimiento de los grupos sociales y sus condiciones de vida, sin embargo, estas disciplinas se desviaron en su desarrollo futuro generando en el campo de la medicina una visión que privilegiaba los determinantes biológicos.

La reflexión de Suárez, R., Beltrán, E.M. & Sánchez, T. (2006) sobre la obra de Auguste Comte nos indica que incluso dicha vinculación con lo social estaba en función del control de la población mediante el uso de una metodología positivista basada en la estadística:

Desde el siglo XVIII ésta apareció con el fin de describir las condiciones de la sociedad, y es Auguste Comte quien emplea un método completamente positivista para el análisis de la misma. Comte partía de que las sociedades estaban compuestas por poblaciones heterogéneas cuyo comportamiento podía ser identificado, descrito y predicho. Aquel que se desviara de la predicción sería clasificado como “patológico”.
(p.126)

Durante los años posteriores, se establecieron dos perspectivas:

La primera, corresponde a la salud clásica y facultativa, que se comprende como el desarrollo de la medicina moderna, centrada en los campos de la fisiología, bioquímica, microbiología, entre otros, sosteniendo que las bases de estos conocimientos positivos daban respuestas más oportunas al dualismo de salud / enfermedad; la segunda, corresponde a la salud colectiva concebida desde las bases sociales y desde los diferenciales y determinantes ante la vida, la enfermedad y la muerte. (Echeverri, 2010, p.48-49)

La epidemiología hegemónica ha abanderado la perspectiva dualista de la biomedicina que, parafraseando a Breilh (2010), reduce sus estudios a un paquete de factores empíricos o variables, apenas asociados linealmente que deviene en “diagnósticos” de la salud de la ciudad realizados mediante esquemas formales cartesianos y lineales de datos del plano empírico, basándose únicamente en la estadística, e ignorando los procesos históricos en que se enmarcan. Breilh (2010) por su parte se adhiere a la corriente de la epidemiología crítica, la cual considera necesario reconocer la complejidad de los procesos de salud y como esta es construida socialmente, integrando todas las relaciones que la determinan históricamente, de tal manera que permitan interpretar la génesis de los datos de campo, lo cual nos lleva a adoptar la segunda perspectiva que Echeverri (2010) resalta: salud colectiva concebida desde las bases sociales.

Sin embargo, Menéndez (En Pedriguero, 2000) reconoce que dentro de esta visión de salud hay una línea de pensamiento antropológico, que ha dominado el abordaje de la salud en esta disciplina, enfatizando en los “Síndromes Culturalmente Delimitados” de las medicinas tradicionales y, si bien algunos autores reconocen que los factores culturales operan en todas las enfermedades, excluyen de su análisis cultural a la biomedicina. En esta perspectiva, critica

Menéndez (En Pedriguero, 2000, p.164): “pareciera que hay factores culturales más culturales que otros”.

Esta perspectiva antropológica, a la cual me referiré como Folklorismo o purismo (Menéndez, 2018), asegura que los distintos modelos de atención son incompatibles entre sí pues concibe a las medicinas tradicional y biomédica como escindidas e ideológicamente contradictorias, en ese sentido el uso de conocimientos que provienen de la biomedicina por parte de grupos excluidos (como los indígenas o comunidades marginales urbanas) implicaría una sumisión ideológica de parte de los demás saberes. Por otro lado, Menéndez (2018), sin negar lo anterior, afirma que la articulación entre estas tiene un potencial emancipador ya que aumenta la agencia de la población marginada y posibilita pensar en otras alternativas de atención y prevención; Sin embargo, postula que es necesario observar esas posibilidades en las situaciones concretas sin caer en esencialismos ideológicos.

En este sentido, para abordar la construcción social de las enfermedades transmitidas por el zancudo me apegaré a la propuesta teórica de Eduardo Menéndez (1994) en la que propone entender dicha construcción como un proceso estructural que opera universalmente – pero de manera diferenciada – para todas las sociedades humanas y por tanto para todos los sistemas culturales. Dicha visión estructural implica que este proceso no puede verse de forma aislada de otros rubros sociales. Menéndez denomina a este proceso como Salud/ Enfermedad/ Atención (S/E/A de acá en adelante) y puede ser definido como un proceso estructurado constituido tanto por los padecimientos como las respuestas hacia los mismos, en el cual no sólo generarán representaciones y prácticas, sino que estructurarán un saber para enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos. (Menéndez, 1994, p.71)

Dicho autor también afirma que “[Las enfermedades] Son parte de un proceso social dentro del cual se establece colectivamente la subjetividad; el sujeto, desde

su nacimiento –cada vez más “medicalizado”–, se constituye e instituye, por lo menos en parte, a partir del proceso S/E/A.” (Menéndez, 1994, p.71). Esta aclaración es central ya que esta carga teórica y metodológica, muestra que el proceso S/E/A forma parte de un proceso aún mayor en el cual se construyen socialmente las subjetividades, en otras palabras, reconcilia la dicotomía “sociedad/ individuo” y, permite abordar la generalidad de la cultura a través de los modos de vida particulares a cada individuo, diversificando lo social y estructurando lo individual.

1.5.3. Modelos de Atención

Para comenzar a desglosar el proceso de S/E/A hay que partir por las actividades que tienen que ver con la atención de las enfermedades en términos intencionales — es decir que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado — nos referiremos a ellas con el concepto de “modelos de atención” propuesto por Menéndez (2003, p.186), estos son recortes o construcciones teóricas que buscan caracterizar y/o distinguir los tipos de atención según la visión de mundo que se tenga, en este sentido el autor propone distinguir entre tres grandes modelos: el biomédico, el alternativo subalterno y la auto atención.

En nuestras sociedades la mayoría de la población utiliza potencialmente varias formas de atención no sólo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud. Dichas articulaciones se desarrollan a través de diferentes dinámicas transaccionales dentro de relaciones de hegemonía/subalternidad (Menéndez, 2003, p.189), la cual se revela como una construcción histórica e ideológica y será necesario entender el origen, el desarrollo y los objetivos estratégicos en los términos políticos del control social y de la conservación del estado de las cosas, por un lado, y en los términos de la transformación y de la lucha contra las violencias estructurales que producen la desigualdad y el sufrimiento (Pizza, 2005, p.27). Por tanto, es necesario comprender el control

social y simbólico que ejerce la perspectiva biomédica sobre el resto de formas de atención, así como la adaptación, subordinación y/o contrahegemonía que estas otras desarrollan.

El modelo médico hegemónico se constituye por saberes¹ que provienen de la biomedicina, incluyendo la práctica privada individual y las burocracias públicas y privadas. Sus rasgos más característicos son el biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática y asimetría en la relación curador-paciente; pero es el biologismo quien articula el conjunto de los rasgos señalados y posibilita la exclusión de las condiciones sociales y económicas en la explicación de la causalidad y desarrollo de las enfermedades (Menéndez, 2005, 2020).

La biomedicina se apoya en distintos modelos de salud internacional, sin embargo, acá nos referiremos únicamente a la salud global liberal la cual es definida por Basile (2018) como una unidad de análisis de la globalización liberalizante vinculada al individuo, asociaciones público/privado, agentes extra sanitarios y corporaciones, nexo Salud y Seguridad. Esta concepción está basada en la idea de la subordinación de la salud a los intereses de entidades extra sanitarios y grandes empresas transnacionales que imponen las agendas de salud, mientras que se reduce a la salud pública a la implementación de los mandatos de estos organismos a lo cual se le denominará como “funciones esenciales de la salud pública” que sigue la lógica neoliberal de minimizar el Estado para que el mercado se regule solo, por lo cual se promueve dejar la salud en manos de las entidades privadas; a su vez estas entidades promueven el mito de la modernidad (Dussel, 2000) por tanto, el proyecto de la salud global liberal y la biomedicina está fuertemente relacionado con la inculpación de las

¹ Uso “saber” como definición de trabajo, lo comprendo como las representaciones y prácticas respecto a algo, en este caso la atención.

propias víctimas que genera la moral moderna, con un espectro que va desde los individuos hasta el medio ambiente.

El modelo alternativo subordinado agrupa diversos saberes, aunque presentan rasgos no homogeneizables entre sí, ya que se resignifican en gran medida a partir de sus relaciones con el modelo médico hegemónico a través de los usos que les dan los pacientes y usuarios, por tanto, es necesario reconocer que no todos los rasgos que se señalan en este modelo aparecerán en los distintos saberes y solo se expresan sus aspectos más básicos. Este modelo incluye los saberes reconocidos generalmente como “tradicionales” y “populares”, así como las formas de atención “New Age”; los cuales pueden ser usados simultánea o secuencialmente por los pacientes, aunque en la mayoría de sujetos y grupos sociales el referente será el modelo médico hegemónico (Menéndez, 2020).

Menéndez (2020) también señala que el modelo médico alternativo subordinado presenta varias características similares a los reconocidos en el modelo médico hegemónico, así como otros rasgos aparentemente conflictivos y hasta incompatibles con este último, sin embargo, muchos de estos rasgos operan integrados. Este autor también expresa la necesidad de realizar análisis relacionales para ver qué rasgos son compatibles entre sí y cuáles no, pero admite que la evidencia empírica muestra la tendencia de este modelo a la complementación y subordinación y no a oponerse al modelo biomédico.

Las características básicas de este modelo son : a) concepción globalizadora de los padecimientos y problemas de “salud”, en la que lo biológico aparece como una característica más; b) domina alguna suerte de articulación entre cuerpo-espíritu-sociedad, pero el núcleo aparece focalizado en el “espíritu”; c) lo patológico aparece como secundario respecto de alguna noción de “equilibrio”/desequilibrio; d) las relaciones sociales con los “otros” —incluidas entidades no humanas — aparecen frecuentemente como causal del padecimiento; e) el objetivo es “sanar” y no curar; f) las acciones terapéuticas

implican casi siempre la eficacia simbólica; g) tendencia al pragmatismo; h) ahistoricidad; i) asimetría (a veces muy fuerte) en la relación curador-paciente; j) participación subordinada de los consumidores; k) legitimación comunal o por lo menos grupal de las actividades curativas; l) tendencia creciente a la mercantilización (Menéndez, 2020, p.93-94).

Finalmente, Menéndez (2018; 2020) define al modelo de autoatención como parte de la estructura de toda sociedad y está en la base de los modelos anteriores, en este sentido reconoce la existencia de dos niveles de autoatención: El más general, que remite a la reproducción biosocial de todo microgrupo (familia, amigos, trabajo, vecinos) y especialmente del grupo familiar, que implica la realización de toda una serie de actividades que desempeña algún miembro del grupo relacionados con: aseo personal y de la casa; la preparación de alimentos, que implica su obtención; elaboración y/o reparación de vestimenta, utensilios u otros elementos; la colaboración en tareas de aprendizaje formal e informal; y desarrollo de actividades en los “tiempos libres”.

El segundo nivel también refiere a la reproducción biosocial de los sujetos y micro grupos, pero se vincula exclusivamente al tratamiento y prevención de padecimientos y enfermedades de todo tipo, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención. Esto supone desde acciones conscientes de no hacer nada, pero encaminadas a la cura o a recobrar el bienestar (como pensar que con el tiempo se puede quitar el malestar), hasta el uso de equipo de determinado grado de complejidad, pasando por la atención cotidiana de los padecimientos agudos o crónicos que los sujetos de los diferentes grupos padecen (Menéndez, 2018; 2020).

El modelo de autoatención tiende a pensarse como escindido y contrapuesto del modelo médico hegemónico, sin embargo, opera mediante la apropiación de los elementos más accesibles de otras formas de atención para afrontar sus

problemas de salud, este proceso es dinámico debido a los cambios en sus padecimientos y los nuevos saberes a los que se tiene acceso, siendo en su mayoría respecto del modelo biomédico, ya que aquí se encuentran los saberes y productos más eficaces y con efectos más inmediatos (Menéndez, 2018).

En este punto conviene recordar las posturas puristas de la antropología médica que conciben a los distintos modelos de atención como incapaces de articularse bajo riesgo de sumisión ideológica hacia el modelo medico hegemónico por parte de los demás saberes. Tal y como he expuesto hasta acá, sí existe un riesgo de que los aspectos más dañinos a la vida de las personas y al ecosistema que son promovidos por el modelo hegemónico sean asimiladas por las otras formas de atención. Sin embargo, también es necesario resaltar la eficacia pragmática que tiene la biomedicina siendo que la articulación de modelos logra complementar sus carencias y quizás nos de pistas para la formación de un nuevo modelo hegemónico que sea capaz de emancipar a la población de sus complejos problemas de salud provocados por las desigualdades sociales.

1.5.4. Asignación de culpas: aceptabilidad del riesgo, legitimidad y control social

Una de las actividades que constituyen a la atención es la prevención de las enfermedades en culturas locales, al respecto Nichter (2006) afirma que una de las principales maneras de abordar la prevención es a través del análisis de la reducción del daño, la cual constituye uno de los temas más importantes, pero menos considerados de la antropología médica. El problema de la reducción del daño se puede ubicar dentro de un área temática más amplia de la antropología: la antropología de la vulnerabilidad, el riesgo y la responsabilidad (Nichter, 2006); en este sentido me apoyaré en los conceptos de la corriente de la construcción social del riesgo, la corriente de la percepción y la aceptabilidad del riesgo.

La corriente de la construcción social del riesgo según Martínez & Meléndez (2020) considera que los desastres (en este caso las enfermedades) no son

producidos por fenómenos naturales sino por la existencia previa de condiciones de peligro o riesgos que, al no ser modificadas o mitigadas, establecen un determinado nivel de impacto social y económico futuro para la población. Este impacto variará según la vulnerabilidad que caracteriza a la sociedad, es decir, el grado de dificultad para absorber o recuperarse de los efectos del desastre, por tanto, un desastre afecta a los diversos sectores de la sociedad de manera diferenciada. Así, los desastres son definidos como procesos social e históricamente contruidos, producto de la acumulación de riesgos y vulnerabilidades relacionadas con problemas de índole social y económica que se han ido desarrollando con el paso del tiempo; en síntesis, la génesis del riesgo es social.

Un aspecto fundamental para la prevención de estos riesgos es la percepción o reconocimiento de los mismos. Según Douglas (1990) la teoría más aceptada de la percepción del riesgo sostiene que aquellos agentes racionales que prestaran atención a todos los riesgos estarían paralizados, por lo cual postula que el principio racional de selección combinaría la probabilidad de un evento con su valor.

Sin embargo, critica Douglas (1990), algo más ocurre para fijar la atención en determinados riesgos y para encubrir la percepción de otros ya que la gente tiende a fijar su atención en el entramado medio de posibilidad, ignorando tanto riesgos muy cotidianos como riesgos poco probables y de grandes efectos; ya sea que no los perciba o que aun reconociéndolos no le presten importancia a su prevención, a esto último se le denomina aceptabilidad del riesgo. Por esto Douglas (1990) argumenta que son las concepciones sociales de moral y de justicia las que guían no sólo la respuesta al riesgo, si no la facultad básica para percibirlos; por lo general, los riesgos bien advertidos resultan estar conectados con principios morales legitimadores.

En este sentido me abocaré al concepto de “percepción del riesgo” de Mary Douglas (1996, p.90) el cual nos dice que los peligros – en este caso las enfermedades – son seleccionados culturalmente para su reconocimiento, pero no todos los peligros, sino algunos. Por tanto, en el establecimiento de la percepción, que usualmente es vista como un fenómeno predominantemente individual y biológico, es en realidad un proceso predominantemente social.

Douglas (1996) nos dice que debemos estudiar la forma en que las convenciones sociales median la forma de la construcción social de la justicia, la cual combina tres principios: 1) las *necesidades* son fijadas por pautas sociales, sin embargo debe de establecerse el umbral de necesidades por debajo del cual no se debe de permitir que caiga ningún miembro de la comunidad, lo cual puede acarrear una retribución; 2) el *merecimiento* que conlleva el conceder el premio justo a quien lo tiene merecido; 3) si los necesitados son también indignos entonces se violenta la *equidad*. Por tanto, en vez de preguntar ¿Qué riesgo se considera aceptable? la pregunta general debería ser ¿Qué tipo de sociedad deseas?

En este sentido los riesgos de contraer enfermedades son reconocidos como consecuencia de romper las normas sociales, lo cual ayuda a restaurar la cohesión social. Sin embargo, diversos autores (Lungo, 1995; Douglas, 1996; Menéndez, 1998; Nichter, 2006) reconocen que esto desvía la atención de las causas estructurales y desigualdades que las ocasionan pues, como comenta Douglas (1996, p.93) “... una conocida crítica marxista de como la hegemonía de una clase pone a su servicio la maquinaria de justicia. Porque inculpar a la víctima es eficaz para silenciar denuncias de la totalidad del sistema”

No sorprende que la mayoría de instituciones tienda a solventar algunos de sus problemas de organización mediante la inculpación pública, sin embargo, advierte Douglas (1996), en las sociedades modernas se suele pensar que esto no aplica para ellas, siendo algo restringido a las religiones primitivas que piensan a la naturaleza como un juez, sin embargo esto también es falso ya que tienden más

a culpabilizar a los individuos de sus propias desgracias tal y como ocurre con el modelo biomédico y la salud global liberal. Sobre esto Lungo (1995) señala que en el accionar neoliberal es posible que las externalidades negativas generadas por muchas actividades económicas y sociales en el medio ambiente puedan ser transferidas por los agentes productores de las mismas a otros, y en general a la sociedad en su conjunto, sin asumir los costos generados.

Douglas (1996) identifica cuatro formas de inculpación que tienen efectos particulares: 1) La inculpación de la víctima de su propia desgracia con lo cual se busca obtener control social interno y así el desacuerdo no rompe la cohesión social; 2) inculpar a un ser querido próximo esto tiene la función de promover la conformidad moral, como cuando se acusa a una madre de la enfermedad de su hijo; 3) la asignación de culpas al enemigo, a los foráneos, al “otro”, lo que permite adquirir lealtad; y 4) la inculpación de la naturaleza que sirve como el máximo chivo expiatorio, por ejemplo al morir se deja descansar a las víctimas de la responsabilidad, pero también al victimario.

1.5.4.1. “Estilo de vida”: inculpación de la víctima versus vínculo sociedad individuo

Nichter (2006) señala que las enfermedades y la búsqueda por la reducción de sus daños pueden ser usados como forma de manipulación, las prácticas individuales de reducción del daño son promovidas por distintos grupos de interés para desviar la atención de los factores colectivos de riesgo que afectan la salud de una población entera. Algunos autores (Nichter , 2006; Menéndez, 1998) señalan que se puede desviar la atención de las condiciones laborales o el medio ambiente que exponen a la gente a factores de riesgo provocando que la responsabilidad de cuidarse recaiga en los individuos, convocados a monitorear su salud y adoptar un estilo de vida sano ;lo cual permite que aparezca una industria de la reducción del daño, favorecidas por políticas públicas laxistas, capaz de capitalizar el sentimiento de vulnerabilidad engendrado por la información sobre riesgos. Esa información, a su vez, proviene de profesionales

de la salud, de los medios masivos de comunicación y de la proliferación de la publicidad comercial para la creciente multitud de productos de reducción del daño.

Menéndez (1998) expone el debate interdisciplinario que sostienen las perspectivas críticas de la antropología médica y la epidemiología con la medicina hegemónica acerca del concepto “estilo de vida”, esta última lo comprende como el comportamiento riesgoso de los individuos (Menéndez, 1998, p.49). La forma en que la medicina hegemónica se ha apropiado de este concepto ha posibilitado circunscribir el estilo de vida a determinados padecimientos y formas de vida excluyendo otros. En este sentido, Menéndez se pregunta:

“¿Por qué fumar y comer grasas animales son riesgos de estilos de vida, y no lo es beber agua no potable o no comer a grados de desnutrición crónica? ¿Por qué caminar o correr por los parques constituye parte del estilo de vida y no el trabajo campesino o el de los albañiles? Todos estos comportamientos son parte de los estilos de vida” (Menéndez, 1998, p.50)

Posteriormente señala que el riesgo colocado exclusivamente en el sujeto supone explícita o implícitamente que dicho sujeto es libre con capacidad y posibilidad de elegir. La cuestión aquí supone definir qué es ser “libre” y observar quienes pueden realmente elegir. De esta manera los Estilos de vida en América Latina se caracterizan por la desigualdad económica. Cabe preguntarse por ejemplo ¿Quién puede realmente “elegir” trabajo? (Menéndez, 1998, p.56)

A lo largo de este apartado he insistido que colocar en el estilo de vida del sujeto la responsabilidad de su enfermedad constituye una variante de la “culpabilización de la víctima” que no solo coloca la responsabilidad de su enfermedad en el enfermo, sino que correlativamente reduce la responsabilidad de los contextos estructurales que la producen. La diferencia entre que comportamiento es considerado “estilo de vida” es que en algunos casos las posibilidades personales

y del grupo de pertenencia pueden favorecer la modificación de sus comportamientos, mientras que a otros sujetos/grupos les es mucho más difícil debido a condiciones estructurales de orden económico y también cultural que limitan o impiden la posibilidad de elección (Menéndez, 1998, p.50-56)

El concepto de “estilo de vida” que propone Menéndez (1998, p.51) se basa en el concepto de “estilo” desarrollado por las ciencias sociales alemanas en los años 1880-1940, en particular por el pensamiento weberiano de que las formas de vida son diferentes según la clase social a la que pertenezcan. En la sociología alemana se refieren a los estilos con el término de “hábito”, el cual será redescubierto varias décadas después por Bourdieu.

Para Menéndez (1998, p.48) el estilo de vida expresa la articulación entre sectores macro (estructura social) y de los grupos intermedios posibilitada a partir de las dimensiones materiales y simbólicas, dicha articulación se expresa en sujetos cuyo comportamiento se caracterizaba por un determinado estilo ejercitado en la vida cotidiana personal y colectiva. Es un concepto holístico, ya que por medio del sujeto/grupo pretendía observar la globalidad de la cultura expresada mediante estilos particulares.

Cabe aclarar que el autor señala una crítica al concepto de “clase social” pues agrupa en un mismo bloque y a partir de una concepción exclusivamente económico-política a actores sociales que desde otras dimensiones y perspectivas teóricas no debían ser incluidos conjuntamente. “Más aún, para muchos de estos críticos, la clase social era un concepto que forzaba la integración de actores sociales inclusive no compatibles entre ellos” (Menéndez 1997, p.256). Esto implica visibilizar la diversidad de posiciones de todos los actores que se encuentran presentes en nuestro estudio.

1.5.5. Salud Urbana y exclusión

Como hemos visto hasta acá el biologismo posibilita la exclusión de las condiciones sociales y económicas desiguales en la explicación de la causalidad y desarrollo de las enfermedades, sin embargo, es necesario postular una propuesta que logre solventar las críticas planteadas; para esto resulta útil retomar los planteamientos de la epidemiología crítica que forma parte de las corrientes de la visión social de la salud. Un aspecto de suma importancia para esta perspectiva es caracterizar los contextos en que se desarrollan las enfermedades, en el caso de las transmitidas por el zancudo son predominantemente urbanas, en este sentido Breilh (2010) postula que es imposible comprender la salud en barrios concretos sin estudiar la forma en que se reproducen socialmente las distintas clases sociales que a su vez están cruzadas por relaciones de poder en razón de género y adscripción étnica, restringiendo así las posibilidades económicas, políticas y culturales de cada grupo; este autor nos explica cómo estas relaciones de poder afectan diferencialmente a la salud de los distintos grupos:

En el marco de los modos de vivir grupales, y los estilos de vida individuales que aquellos hacen posibles, se forjan formas de vivir, elementos y tendencias malsanas, así como procesos saludables y protectores; en otras palabras, se va generando un movimiento contradictorio de procesos destructivos y procesos protectores que, en última instancia, condicionan el desarrollo en los fenotipos y genotipos de las personas, sea de procesos favorables (fisiológicos, soportes y defensas físicos y psicológicos), o sea de alteraciones y trastornos (fisiopatológicos, vulnerabilidades y debilidad psicológica). (Breilh, 2010, p.90)

Para poder dar cuenta de estos procesos Breilh (2010, p.86) establece que “La epidemiología [crítica] de lo urbano requiere comprender los vínculos y diferencias

de tres dimensiones del análisis que, si bien están estrechamente relacionadas, tienen su especificidad: espacio, geografía urbana y ecología urbana”, en este sentido, nos dice que la epidemiología crítica se opone a la visión empírico reduccionista de "lugar" de la epidemiología hegemónica que está basada en la noción kantiana de espacio como institución pura que es condición de posibilidad de los fenómenos y la noción cartesiana de espacio absoluto o receptáculo; en cambio, basándose en los aportes de la geografía crítica, define espacio como producto de las relaciones sociales y el metabolismo entre sociedad y naturaleza en el modo de producción.

Así mismo la categoría de geografía urbana está incluida dentro de esta conceptualización crítica de espacio y abarca el *conjunto dinámico de procesos naturales transformados históricamente, ubicados y localizados en la ciudad*, por ejemplo, la infraestructura y equipamiento para los procesos económicos y simbólicos. Uno de esos procesos son las características de la ecología urbana que comprende las relaciones de especies entre sí en la ciudad, y con su entorno orgánico e inorgánico, por ejemplo, la producción de desechos. Esto nos lleva a pensar la relación entre salud humana y ecosistema como “*objetos que incluyen procesos de carácter biológico socialmente determinados*” (Breilh 2010, pp. 87). Es necesario resaltar la advertencia de Breilh de que si queremos cuidar una perspectiva dialéctica que no recaiga en un determinismo biológico – como la perspectiva dualista – ni en el determinismo histórico, tenemos que trabajar las relaciones "social-biológico" y "sociedad-naturaleza", de tal manera que ninguna de las partes pierda su presencia en la determinación, sin embargo, en el constante cambio de la salud los determinantes sociales inciden jerárquicamente sobre los naturales.

En el caso de estudio de la comunidad Tutunichapa III la relación socio-biológica está fuertemente determinada por la condición de marginalidad en la que viven los sujetos. En “Cómo sobreviven los marginados”, tesis doctoral de Larissa Alder

de Lomnitz (1975; 34) encontramos una síntesis de la discusión sobre las formas en que las distintas perspectivas emplean o entienden el concepto de “marginalidad”. La autora inicia con una distinción entre el concepto de pobreza, que implica una situación de escasez de recursos, y el concepto de marginalidad que sugiere la ausencia de un rol económico articulado con el sistema de producción industrial. A pesar de que ambos conceptos tienen definiciones distintas están relacionados, mientras la “marginalidad” alude a un problema estructural, la pobreza expresa cuantitativamente uno de los efectos de la marginalidad.

Lo anterior implica que se puede combatir la pobreza sin combatir la marginalidad. Lomnitz (1975) lo explica en términos prácticos diciendo que un estado puede lograr esto a través de un subsidio generalizado a toda la población o institucionalizar los empleos informales para terminar con las indemnizaciones que reciben los trabajadores cuando dejan de laborar. Sin embargo, tales medidas no eliminan la marginalidad ya que subsisten importantes sectores que la economía industrial no ha sido capaz de integrar funcionalmente a su esquema de producción, y por tanto quedan al margen de los procesos económicos y políticos.

Pero ¿Qué provoca la marginalidad? Lomnitz (1975) presenta las distintas perspectivas sobre este tema, las cuales mencionaré a groso modo: 1) comprende a la marginalidad como fenómeno transcultural propio de una etapa transitoria del desarrollo que se verá superada cuando se pase de esta; 2) los marginados se insertan funcionalmente en el sistema capitalista a través del concepto marxista del “ejército de reserva laboral”, con el cual los dueños de los medios de producción pueden reemplazar fácilmente a sus empleados debido a las grandes filas de desempleo; 3) los marginados están insertados en la economía urbana dominante al prestar servicios principalmente a la clase media, lo cual le ha permitido a estos últimos en América Latina gozar de un nivel de vida superior al

de sus ingresos reales, gracias a la gran disponibilidad y baja remuneración que los marginados reciben.

Lomnitz (1975) señala que las características comunes entre las comunidades marginales son dos: por un lado, su íntima relación con los procesos de industrialización, lo cual indica que no son exclusivos de las economías dependientes, sino también en las metrópolis con economía industrial desarrollada, por tanto, la causa de la marginalidad no es la dependencia económica en sí, sino que debe buscarse ante todo un proceso de desarrollo industrial. Y por otro lado en estos lugares se desarrollan ocupaciones que pueden ser consideradas como “marginales” desde el punto de vista de la economía industrial, las cuales se tipifican por ser manuales no calificadas, las cuales son devaluadas por el mercado laboral y conllevan a: 1) falta de seguridad socioeconómica, 2) trabajar por jornada, 3) no adscribirse a organizaciones públicas o privadas, 4) bajo consumo por bajos ingresos, 5) inestabilidad de sus ingresos. Estas ocupaciones pueden ser ya sea de tipo “tradicional” (artesanos especializados como carpinteros o elaboradores de carrizos para cuetes², tortilleras, entre otros) o “moderno” (soldadores o taxistas). Cabe señalar que en El Salvador nos referimos usualmente a esto con el término de “trabajo informal” pero emplearé el concepto “ocupaciones marginales” de Lomnitz.

Aquellos espacios en los que viven los marginados han sido tipificados de distintas formas. Según Lomnitz (1975; 22) la tendencia en América Latina es que las personas que se asientan en las ciudades en las primeras olas de migración desde el campo ocupan por lo general las viejas casonas del centro de las ciudades debido a que son las viviendas más baratas, a estos lugares se les denomina mesones centrales; con las posteriores olas de migración comienzan a poblar la periferia y los intersticios del espacio urbano, formando colonias que se conocen con diferentes nombres según los países: barriadas, villas miseria,

² Tipo de pirotecnia nacional.

favelas, callampas, colonias de paracaidistas, rancherías o, en el caso salvadoreño; comunidades marginales.

La categoría “barriada” es retomada por Lomnitz (1975) y nos presenta la discusión sobre la relación entre la barriada y la marginalidad, el cual se sintetiza en 3 perspectivas: la primera establece que las barriadas son cinturones de miseria y foco de enfermedades, crimen y desorganización social; por otro lado, la segunda nos dice que son islotes semi-rurales urbanos, que tienen como base las comunidades de vecinos, asociaciones regionales y de parentesco, ayuda mutua y actividad política en grupos reducidos. Como podemos ver la primera perspectiva estigmatiza a la barriada como causante de todos los males, incluidas las enfermedades; mientras la segunda perspectiva la tipifica casi como grupos armónicos y cerrados a la sociedad amplia; En tercer lugar, Lomnitz retoma la propuesta de Frank Bonilla, para quien el problema no es la barriada, si no la nación (entendida más allá del aparato de gobierno): un país embarcado en un programa masivo de industrialización, que al dejar en abandono a la mitad de la población compromete sus posibilidades de progreso en el futuro.

Esta propuesta teórica me permite analizar como los discursos sobre los riesgos a contraer alguna de las enfermedades transmitidas por zancudos y los modelos de atención son utilizados para ocultar la exclusión social en el espacio urbano ligadas al desarrollo del capitalismo en el país y el mundo. Así mismo, me permite ver al campo científico, indistintamente de la especificidad disciplinar, como un espacio de disputa ideológica donde la “neutralidad de la ciencia” está ocultando los intereses de los grupos dominantes, y solo al tomar una postura clara se puede controlar el sesgo ideológico. En este sentido realizo un balance crítico de los abordajes de salud en el cual reconozco las distintas violencias que ejerce el modelo biomédico, sobre todo con el modelo de Salud Global Liberal, pero también su importante eficacia terapéutica que al poder entrar en un diálogo con

otros saberes pueden servir como base para la conformación de un nuevo sistema hegemónico en salud que este en favor de los intereses de la mayoría.

Finalmente, el concepto que resulta útil, ya que presenta un listado de características materiales que permite determinar con facilidad si un lugar es marginal o no, es el de Asentamiento Popular Urbano o APU (FUNDASAL, 2009; 39). Este es definido como un sitio de habitación de personas de escasos recursos económicos localizados dentro de las ciudades, muchas veces autoconstruido y que presenta al menos una de las siguientes características: 1) Incertidumbre de la tenencia de los terrenos habitados (conflicto de legitimidad vs. Legalidad); 2) Edificaciones con materiales de construcción precarios (desechos, reciclaje) o deteriorados; 3) Limitaciones en cobertura o calidad de servicios básicos (agua potable, energía eléctrica, drenaje de aguas negras y lluvias) en accesibilidad y transitabilidad de las vías de circulación (pasajes y calles).

1.6. METODOLOGÍA

La metodología que apliqué fue la etnografía, esta encajó con la caracterización de Ruiz Olabuenaga (2012) quién sugiere metodologías cualitativas cuyo objetivo es la reconstrucción de significados, lenguaje conceptual y metafórico, captación de información flexible y desestructurada; procedimiento más inductivo que deductivo y su orientación no es particularista y generalizadora sino holística y concretizadora (pp.23). Sin embargo, la etnografía no excluye datos de carácter cuantitativo, pues tal y como sugiere Menéndez (En Pedriguero, 2000, p. 160), estos expresan fenómenos que implican potencialmente la construcción de procesos culturales, en este sentido me auxilié de información proveniente de las estadísticas del MINSAL.

Al respecto de la etnografía Restrepo (2018, p. 47-48) plantea que esta busca ofrecer una descripción de determinados aspectos de la vida social teniendo en consideración los significados asociados por los propios actores, esto hace que la etnografía sea siempre un conocimiento situado; en principio da cuenta de unas

cosas para una gente concreta, no obstante, los datos así adquiridos no se limiten allí, ya que estos nos dan información que pueden ser generalizable. Por otra parte, la etnografía como producto puede presentar distintos tipos de materiales escritos, visuales, escénicos, etc. Los cuales tienen en común el relato muy concreto de aspectos que se suponen verídicos de la vida social de unas personas, a menudo con base en las experiencias del mismo etnógrafo.

Esta última idea nos muestra que dentro de la etnografía es posible trabajar desde la experiencia individual del investigador, a través de una estrategia metodológica denominada "autoetnográfica". Este enfoque es trabajado en distintas partes del mundo y posiblemente se consolide con la cuarentena por Covid-19, pero en El Salvador se empiezan a realizar los primeros trabajos con este método. Para Ellis, C., Adams, T. & Bochner, A. (2015, p.250) la auto-etnografía es un enfoque de investigación y escritura que busca describir y analizar sistemáticamente la experiencia personal con el fin de comprender la experiencia cultural, desafiando las formas tradicionales de etnografía y la representación de la otredad, a la vez que considera a la investigación como un acto político.

Pero esta perspectiva no deja de lado la advertencia de Guber (2011, p. 49): "Si la reflexividad de su práctica de campo no ha sido esclarecida, el investigador puede forzar los datos para adaptarlos a su propio modelo clasificatorio y explicativo". Mercedes Blanco (2012) argumenta que esta corriente se sostiene en la premisa de que el individuo no da cuenta de lo sociocultural por sí mismo, ya que sería una contradicción, sino a través de la relación dialéctica que mantienen con otros, en un contexto histórico y sociocultural determinado, en otras palabras, una vida individual puede dar cuenta de los contextos en los que vive la persona en cuestión, así como de las épocas históricas que recorre a lo largo de su existencia. Para esto, según Mitch Allen (2006, En Ellis, C., Adams, T. & Bochner, A., 2015) es necesario que contemos nuestra historia como investigadores, de manera analítica y haciendo uso de herramientas teórico-

metodológicas y antecedentes bibliográficos, pues es nuestra mayor ventaja como investigadores frente a cualquier otro tipo de relato autobiográfico.

La ventaja de esta estrategia metodológica nos señala Blanco (2012), radica en dar cuenta de primera mano, del sentido que los actores otorgan a sus experiencias, y busca comunicarlos a través de recursos literarios y el uso de la primera persona al escribir. Si bien esta investigación no fue pensada desde un inicio como un ejercicio autoetnográfico, el contexto en que se desarrolló el trabajo de campo — el cual explicaré a continuación — vuelve conveniente retomar la perspectiva propuestas por esta corriente en momentos específicos de la descripción etnográfica.

1.6.1. Selección del lugar de estudio.

La selección de la localidad de estudio la realicé bajo los criterios de que tuviera altos índices de prevalencia de contagio de enfermedades transmitidas por zancudos, además de juntar algunas variables para la factibilidad del estudio, tales como facilidades de transporte y apertura de la comunidad. Comencé por revisando los datos de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar “San Miguelito” (UCSF de acá en adelante) pero al no contar con datos de años anteriores segregados por las localidades de su influencia decidí realizar entrevistas al personal de la Unidad de Salud.

Los criterios de selección para estas entrevistas fueron 1) que la persona desease participar; 2) que formará parte del personal de la UCSF San Miguelito; 3) que hicieran visitas de campo a las comunidades. Se realizaron dos preguntas abiertas en estas entrevistas: la primera era ¿Qué lugares tienen mayor foco de infección por enfermedades transmitidas por zancudos? Con la cual se buscaba explorar las posibles localidades de estudio y posteriormente seleccionarla según la factibilidad de entrada en la misma; la segunda pregunta que se formuló era ¿Por qué cree que las enfermedades transmitidas por zancudos persistían con un alto número de casos?, con esta pregunta se buscaba obtener datos sobre la

percepción del riesgo de los trabajadores de la UCSF acerca de las enfermedades transmitidas por el zancudo. Se entrevistaron a cuatro hombres: dos médicos y dos promotores de salud.

Finalmente escogí a la comunidad la Tutunichapa III para el estudio de caso, pues además de ser una de las localidades que más refirió el personal de la UCSF San Miguelito, reúne las características que mencioné anteriormente con el agregado de que cuento con familiares viviendo en el lugar, lo cual facilitó la entrada a campo.

La comunidad Tutunichapa III está ubicada contiguo a la colonia Guatemala del municipio de San Salvador, departamento de San Salvador, surge como una de tantas colonias temporales para las personas damnificadas del terremoto del 3 de mayo de 1965, que luego se convertirían en las comunidades marginales o asentamiento popular urbano de San Salvador, ubicada en la ribera del “Arenal Tutunichapa” quebrada³ que sirve como desagüe de aguas negras para todo San Salvador y que desemboca en el río “Acelhuate”. También es una zona conocida por el narcomenudeo quienes hasta 2016 estuvieron en disputa directa con pandilleros foráneos por el control de la zona.

1.6.2. Técnicas

Las técnicas cualitativas que utilicé para recolectar información dentro de la comunidad Tutunichapa III fueron la observación participante y las entrevistas semi-estructuradas como las principales formas de construcción de datos, también se aplicó una entrevista de carácter mixto con un grupo de preguntas estructuradas y otro de preguntas semi-estructuradas, para el cual se utilizó un muestreo cualitativo. Los datos recopilados en estas distintas técnicas fueron registrados en un diario de campo, y sistematizados en el programa Excel 2016.

³ Los lugareños se refieren a este como “río” y no como “quebrada”, al parecer la gran mayoría de personas no conoce el nombre de esta.

Observación participante: La primera técnica que utilicé en este estudio es la “observación participante”, la cual según Guber (2011: 51-68) supone que la presencia (percepción y experiencia directa) del investigador frente a los hechos que constituyen la vida cotidiana de la población garantiza por sí sola la fiabilidad de los datos recogidos y el aprendizaje de los significados que subyace a dichas actividades. En otras palabras, se observa (registra) la experiencia del investigador con las prácticas de los informantes, pues la cultura se aprende mediante la experimentación de la misma. La experiencia y la testificación son la fuente de obtención de información, el “estar ahí”. Para esto realice visitas periódicas a la comunidad Tutunichapa III cada 15 días durante el año 2017, y en 2018 cada vez que fuese necesario recabar más información o hubiese alguna actividad en la cual fuese necesario participar para mantener lazos de cercanía con la comunidad, tales como cumpleaños, o las asambleas de elección de nueva junta directiva de la Asociación de Desarrollo Comunitario (ADESCO de acá en adelante).

Entrevistas: Guber (2011: 70-72) define una entrevista como una relación social en la cual se obtienen enunciados y verbalizaciones en una instancia de observación directa y participativa, de manera que los datos que provee el entrevistado son la realidad que este construye con el entrevistador en el encuentro. Guber (2011: 73) también advierte que al realizar una entrevista con preguntas predefinidas que se repiten de la misma manera a cada entrevistado para “evitar sesgos” (entrevista estructurada) se corre el peligro de imponer el marco interpretativo del investigador.

Para solucionar este problema el investigador debe empezar por reconocer su propio marco interpretativo del fenómeno que estudia, diferenciándolo de los conceptos y terminología del marco de los entrevistados. Es por ello que opté realizar entrevistas semi-estructuradas que combinan algunas preguntas predefinidas (pero no rígidas en su enunciación) con otras que puedan surgir de

forma espontánea para dar apertura a la expresividad del entrevistado y dirigir la investigación sin perder el rumbo de la investigación; así mismo realicé entrevistas mixtas que se componen de una primera parte de preguntas dirigidas y una segunda parte de preguntas abiertas.

Muestreo cualitativo: Ya que en la comunidad Tutunichapa III viven 138 familias no resulta factible implementar un muestreo probabilístico pues, al ser la población tan reducida, la muestra sería casi igual del mismo tamaño que el total de la población; por tanto, utilicé muestreo tipo “no probabilístico” o “intencional”, el cual según Ruiz Olabuenaga (2012: 63) “... es tan útil y válido como el probabilístico y su aplicación resulta con frecuencia insustituible en los estudios llamados cualitativos”. De entre los distintos tipos de muestreo no probabilístico hemos escogido el de tipo “opinático”, el cual es descrito de la siguiente manera:

“El investigador selecciona los informantes que han de componer la muestra siguiendo un criterio estratégico personal: los más fáciles (para ahorrar tiempo, dinero,...), los que voluntaria o fortuitamente le salen al encuentro (son los únicos que puede lograr para una entrevista,...), los que por su conocimiento de la situación o del problema a investigar se le antojan ser los más idóneos y representativos de la población a estudiar, o entran en contacto con el investigador a través de sujetos entrevistados previamente (Muestreo de bola de nieve)” (Ruiz Olabuenaga, 2012: 64).

En este sentido, realicé un mapeo de la comunidad Tutunichapa III, basándome en los usos y discursos sobre el espacio de la población que registré durante la observación participante para identificar las vulnerabilidades de cada zona y distinguir entre la percepción del riesgo de sus habitantes. Posteriormente dividí este mapa en sectores y los denominé retomando la forma en que se los conoce en la comunidad: Línea Inicio, Línea Final y el Hoyo. Cabe aclarar que describiré a detalle cada uno de estos lugares en el Capítulo II.

1.6.3. Instrumentos

Primer bloque de entrevistas aplicadas a personas de la comunidad Tutunichapa III

En este primer bloque de entrevista indague en las distintas representaciones y prácticas para atender las enfermedades y las condiciones de vida de la población. Los tópicos tratados en las entrevistas fueron:

Estilos de vida: En el desarrollo de este tópico se buscó identificar características como: acceso a los servicios básicos; dieta; el rol que juega la persona entrevistada en su hogar; su oficio o profesión; la calidad de su vivienda; proximidad al río, botaderos de basura, agua estancada, etc.; su historial de enfermedades; edad; religión; y proximidad al narcomenudeo.

Percepción del riesgo: En este tópico abordé: los síntomas en cada enfermedad transmitida por el zancudo, el grado de importancia o gravedad que le adjudican; las causas de las 3 enfermedades; las formas en que estas pueden ser prevenidas; y percepción sobre la efectividad de las acciones del MNSAL; memoria de vivencias durante las epidemias 2013 - 2016.

Modelo de atención: En este tópico profundicé en las personas que participaron en sus cuidados y/o a quienes han cuidado; el tipo de medicina, remedio o tratamiento se le dio; el tipo de modelo de atención al que recurrió (formal, tradicional o si las combinó) y cuál le resulta más accesible; Historial de tratamiento específico a las enfermedades asociadas al zancudo (dengue, chickungunya, zika, paludismo y otras que pudieron haber existido en épocas pasadas)

Los criterios para la elección de entrevistados fueron: 1) personas que vivan en la comunidad Tutunichapa III o la colonia “Guatemala”, antiguos residentes; 2) personas que se hayan contagiado de alguna de las enfermedades transmitidas

por el zancudo; 3) personas que hayan cuidado a alguien enfermo de las enfermedades transmitidas por el zancudo; 4) personas con edades de 15 en adelante.

El cuadro 1 muestra un resumen de las entrevistas realizadas en la comunidad según el sector al que pertenece la persona entrevistada y su sexo. Entrevisté a 15 personas en total de las cuales cuatro eran de sexo masculino y 11 del femenino. Así mismo en el sector del “Hoyo” entrevisté a dos mujeres, en “Línea Inicio” a tres mujeres y un hombre, en el “Línea Final” a tres mujeres; por último, en el grupo de antiguos residentes entrevisté a 3 hombres y 3 mujeres. En la aplicación de esta entrevista obtuve información representativa de cada sector, aunque hizo falta participación de hombres salvo en los antiguos residentes que fueron en su mayoría mis familiares y por tanto fueron accesibles.

CUADRO 1: RECUESTO DE ENTREVISTAS SEMI-ESTRUCTURADAS APLICADAS EN LA TUTUNICHAPA III SEGÚN SECTOR Y SEXO

Sector	Masculino	Femenino	TOTAL
Hoyo	-	2	2
Línea inicio	1	3	4
Línea final	-	3	3
Antiguos residentes	3	3	6
TOTAL	4	11	15

Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas. Mayo de 2016

Segunda entrevista aplicada a personas de la comunidad Tutunichapa III

Apliqué otra entrevista de carácter mixto, es decir que tenía un bloque de preguntas dirigidas y otras no dirigidas en las cuales los sujetos podían extenderse dirigida a jefes de hogar de la Tutunichapa III (Anexo 1), con las cuales se buscaba indagar sobre:

1) las condiciones sociodemográficas tales como sexo, edad, escolaridad, estado civil, tenencia de tierra, religión, la forma en que obtiene ingresos y su situación laboral.

2) en términos de percepción del riesgo: los tipos de especies animales que identifican como domésticas y nocivas, focos de contagio, percepción del zancudo transmisor y aceptabilidad del riesgo.

CUADRO 2: RECUESTO DE ENTREVISTAS MIXTAS APLICADAS A JEFES DE HOGAR EN LA TUTUNICHAPA III SEGÚN SECTOR Y SEXO

Sector	Masculino	Femenino	#
Hoyo	3	4	7
Línea inicio	5	6	11
Línea final	-	1	1
Total	8	11	19

Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas. junio de 2019

El cuadro 2 muestra la distribución de las entrevistas realizadas a diecinueve personas en total de las cuales once eran de sexo femenino y ocho eran del masculino. Si bien amplié la participación de personas residentes de la Tutunichapa III, así como la participación de hombres, debido a la intensificación del crimen en el sector “Línea Final”, fue difícil entrevistar más personas en ese sector, así que complementé esa información con pláticas informales con personas del lugar durante la observación participante.

1.6.4. Encuentro etnográfico y rol dentro de la comunidad

Para comprender el enfoque de la mirada que expreso en esta investigación, así como sus posibles sesgos y las dificultades en su realización es necesario analizar el camino recorrido durante mi carrera universitaria para la selección del tema, la forma en que mi relación con familiares que viven en la Tutunichapa III y aquellos que forman parte del gremio médico se manifestaron durante toda la investigación, e incluso mi propia asignación de culpas y la de otros científicos sociales. Aclaro que he modificado cierta información para proteger mi privacidad y la de mi familia.

Durante mi infancia quería ser médico como mi papá y mis hermanos, sin embargo, durante mucho tiempo otros miembros de la familia bromeaban conmigo

diciendo “es que *Pedrito* copia todo lo que hacen sus hermanos”, por ello terminé abandonando la idea en secundaria. Al finalizar el bachillerato me fasciné por estudiar antropología influenciado por un amigo de mis hermanos mayores que estudiaba medicina al igual que ellos, en sus tiempos libres escribía poesía, robaba piezas de cerámica de sitios arqueológicos aún no excavados, ángeles de yeso de un cementerio y libros viejísimos de la biblioteca nacional; todo mientras decía como excusa “están mejor cuidados conmigo”, para luego tirarlos en el desván de las cosas no deseadas.

La forma de ser de este individuo se repetía en su trato hacia mí. En más de alguna ocasión cuando intenté opinar sobre algún suceso de la política electoral o algún tema similar él y mis hermanos graznaron al unísono con el tono más gentil del mundo: “¡Vos calláte que no sabes nada! ¡estás muy chiquito!, ¿Qué vas a saber vos?!” ... y a pesar de eso me dejé embelesar por sus relatos sobre como en El Salvador estaba el verdadero origen del Homo Sapiens o que los rituales indígenas precolombinos se realizaban con gallinas y más cosas que probablemente leyó en un blog o que le contó otro poeta que asistió a una reunión de una ONG indigenista. Además, me temía que, dada mis bajas habilidades sociales, de no escoger una carrera que me forzara a socializar podría terminar encerrado en mi cuarto por el resto de la vida.

En mi primer año de la carrera llevaba siempre a clases una revista National Geographic, una copia pirata de “Antropología cultural” y un diccionario que ni siquiera era especializado, sino uno de la editorial Océano, esos de “bolsillo”. Me sentaba en las primeras filas y me mantenía presto a levantar la mano incluso ante las preguntas retóricas o la más sutil mirada de olvido de mis docentes para buscar entre mis textos alguna definición, adjetivo olvidado o dato curioso sobre el tema de estudio. En efecto, era lo que llamarían “un matadito”, incluso para los estándares de los únicos 10 estudiantes que sí iban a la carrera de antropología por vocación dentro de un salón de más de 60 personas.

Durante mis primeros dos años invocaba las citas de las teorías de Harris, Levi-Strauss, Turner, etc. como si de conjuros se trataran y con ellos mis enemigos murieran o se convirtieran en cerdos por la eficacia simbólica de mi argumento/maleficio. Me intoxicqué con los abordajes teóricos y con la idea de ser un académico para poder decir “yo soy el científico social, yo soy el que sabe” y, sin darme cuenta, me sentía como un caballero andante que salvaría a los plebeyos, aunque en la práctica no era mejor que un Quijote que se estrella contra los molinos.

Sin embargo, en mi tercer año me enfrenté a la tormenta perfecta, en la cátedra de Etnografía II, que abre a las materias de seminarios de investigación en las cuales se realiza una investigación del protocolo al informe final, me tocó una docente que nos prohibía utilizar teorías en el desarrollo del trabajo de campo para evitar roces de egos entre los demás docentes que asesorarían a los estudiantes en las siguientes materias. A esto se le suma que tenía la intención de investigar en el ámbito hospitalario de la salud mental, el cual muchos años después comprendí que es un espacio sumamente difícil de entrar a menos que se sea profesional en dicha área, paciente o familiar de paciente. La factibilidad del tema sumado a mis pocas habilidades sociales y la pérdida de mi punto fuerte, mi lente teórico, me llevaron a dejar la materia.

Interioricé tanto la afirmación que me repitieron a lo largo de mi infancia “¡Vos calláte que no sabes nada! ¡estás muy chiquito!” que, en mi búsqueda por superar este mito, en lugar de asumir una perspectiva distinta, la reproducía tratando a los demás con condescendencia. Este retraso académico ratificaba mi insignificancia, cual homúnculo encerrado en un matraz, pero con el tiempo me fui reconciliando con la idea de construir conocimiento desde mi pequeñez, desde abajo; no fue un camino recto, ni cómodo... ni rápido, pero puedo esbozar a continuación algunos de los puntos de inflexión más importantes.

Luego del Shock que esto me causó, decidí plantearme una estrategia para pasar la materia al recursarla al siguiente año: escogí como tema de investigación a las enfermedades transmitidas por el zancudo ya que, en comparación de las enfermedades mentales, me permitía tener un mayor acceso a información porque tienen menos restricciones éticas y burocráticas para ser estudiadas etnográficamente, así mismo mi padre, quien es médico general con maestría en salud pública, podía proporcionarme estadísticas epidemiológicas; además el zika y el chikungunya habían sido introducidas al país recientemente por lo cual era un tema vigente; finalmente, al estar vinculado con lo ecológico la docente asesora del seminario I de Ecología Cultural me permitió llevar su materia de oyente.

A partir de esto, acompañar a mi padre a realizar mandados en el centro de San Salvador dejó de ser rutina y se convirtió en el inicio de mi trabajo de campo. Platicábamos sobre las características biológicas de las enfermedades, sus síntomas, su forma de transmisión, de prevención y por las tardes nos apoyábamos mutuamente en la construcción de las estadísticas que cada quien realizaba; luego busqué delimitar a una localidad de estudio a través de la información de la Unidad de Salud “San Miguelito” gracias a que él me contactó con un conocido suyo que trabaja ahí.

Como ya he dicho, escogí la comunidad Tutunichapa III en la cual hay un conflicto entre el narcomenudeo local y las maras foráneas por el control territorial, debido a esto vigilan quien entra y sale de la localidad, por esto mi entrada a la comunidad fue a través de mis familiares que viven ahí, concretamente mis abuelos maternos, sin embargo, mi familia nuclear también vivió en la Tutunichapa III hasta inicios de la década de los noventa, antes de que yo naciera. Mi padre instaló una clínica dentro de la casa en que vivieron hasta el momento en que se mudaron, por esto, cuando mis familiares me presentaban a los vecinos siempre mencionaban que era “el hijo menor del doctor que viene a hacer un estudio para su tesis”.

De esta forma mantuve un rol híbrido durante mi trabajo de campo, era tanto el hijo del doctor, nieto de la niña Mila y estudiante de la UES; de hecho, muy probablemente muchos vecinos pensasen que estudiaba medicina, por el tema y mis relaciones familiares. Sin embargo, mis familiares no me permitieron moverme más libremente en la comunidad porque “no me conocían” y no podían poner en riesgo al “niño chiquito” fue hasta el 2019 que pude moverme en la zona con más libertad, por lo cual la mayoría de la información que recolecté proviene de los sectores aledaños a la vivienda de mi abuela.

Pese al tremendo apoyo que me brindó mi padre, mi postura sobre la medicina se ha mantenido crítica, sin embargo, al comienzo de la investigación la atacaba mordaz e indiscriminadamente. Un ejemplo de esto fue la crítica que hacía sobre el abrupto descenso de casos de las tres enfermedades transmitidas por zancudos en 2016 que fue anunciado a finales de ese mismo año, para ese entonces esto me representó un grave problema para la justificación de la tesis, en un inicio consideraba que las estadísticas estaban manipuladas, aunque mi padre me argumentaba que la reducción se debía a la gran labor de prevención y acción rápida que realizó el Ministerio de Salud (cabe aclarar que en su discurso no mencionaba a las comunidades organizadas). Actualmente sé que esto se debe a que la Reforma de Salud de hecho tomó como base la perspectiva de la Determinación social de la Salud.

Al año siguiente volví a cursar Etnografía II, ya con un marco teórico acordado con mi tutora y un protocolo de investigación casi terminado que me permitían discernir qué información me era útil y cual no, pasé la materia con bastante facilidad. Sin embargo, no volví a celebrar una buena nota sin que me asaltara una irremediable sensación de culpa o alguna suerte de síndrome del impostor que me recordaba constantemente que era “Pedrito, el que no sabe por estar chiquito”. Desde entonces me obsesioné con estudiar la justificación teórico-metodológica de la investigación antropológica, primero por inseguridad, pero poco a poco desarrollé

un genuino amor a estos estudios prolongados e intensos; y dejé de darle tanta importancia al “logro académico” como legitimador de mi conocimiento y autoridad científica.

En una de estas sesiones revisaba un artículo de las decenas que ha escrito Eduardo Menéndez, quien fuese mi héroe cultural de aquel momento, como lo fue Marvin Harris a inicio de mi carrera. En este texto (Menéndez, 2000) criticó que la antropología médica se haya centrado casi exclusivamente en los síndromes culturalmente delimitados y la eficacia simbólica de (por ejemplo) la brujería, dejando de lado la eficacia terapéutica y creación de estadísticas como herramientas fundamentales para proveer soluciones reales a los problemas de salud de los sujetos y grupos, sin quitar el dedo en la llaga de los problemas estructurales y la miopía biologicista de la medicina hegemónica.

Su crítica resonó en mí como plato que se rompe en mitad de la noche, y me alertó de las esfinges que presagiaban que me arrancaría mis ojos. Me di cuenta de cómo permeaban en mi investigación mis conflictos familiares, lo cual me llevo a tomar la decisión metodológica de ir a terapia. Durante una de las sesiones hablábamos la actitud es este amigo de la familia que me discriminaba por ser menor que él, y mi terapeuta me contestó “solo castra quien se siente castrado”; estas palabras fueron como un espejo en el que se reflejó mi fantasía por la autoridad científica, y me permitió comprenderlo como producto de una relación social de poder enmarcada en el imaginario académico de la antropología y la medicina.

A lo largo de este apartado he mostrado cómo estas relaciones de poder, ya sea manifestadas en la enseñanza, la investigación o las propias relaciones interpersonales, son de carácter moderno-colonial pues, con la excusa de la salvación, demandan una forma de desarrollo en la cual es inevitable el sufrimiento de los "inmaduros" y "débiles". Es necesario criticar estas lógicas de poder pero, como señala Menéndez (2000), ello no debe llevarnos a invalidar

totalmente los conocimientos que provienen de estos, más bien, como advierten Dussel (2000) y De Souza Santos (2009), buscar romper con el mesianismo paternalista para enrumbarnos en la co-creación transmoderna, lo cual tiene como paso primordial cuestionar sus pretensiones de universalidad de los saberes de la élite académica y reivindicar los conocimientos de aquellos que sufren para los que sufren.

Pero la transmodernidad no solo implica que como academia debemos asumir una posición a favor de aquellos que el capitalismo y la modernidad ha castrado, infantilizado, marginado y oprimido; Sobre todo implica reconocernos también como oprimidos que han abrazado la moral moderna, reconocernos como alienados, y que, en lugar de salvar al otro, debemos liberarnos con los otros.

A continuación, presentaré en el siguiente capítulo el abordaje histórico de las enfermedades transmitidas por zancudo, en el cual tuve que replantearme muchos de sus elementos debido al proceso reflexivo expuesto en este apartado hasta llegar a su forma actual. Con esto dicho, espero que quien lea este escrito tenga una mejor claridad sobre la mirada que he expresado, así como los sesgos que he revelado desde el mayor deseo de alcanzar la honestidad científica, así como las decisiones metodológicas y teóricas que he tomado para controlarlos.

CAPITULO N°2 CONTEXTO MACRO Y MICRO

- 2.1 EL PROCESO DE TRANSFORMACIÓN DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR EL ZANCUDO EN EPIDEMIAS
- 2.2 LOS ESTILOS DE VIDA EN LA TUTUNICHAPA III
- 2.3 EL ARENAL TUTUNICHAPA

CAPÍTULO N°2

CONTEXTO MACRO Y MICRO

Este capítulo está dividido en dos partes: en un primer lugar me enfocaré en la escala de análisis del Estado salvadoreño, y argumentaré que la forma en que se ha configurado las epidemias transmitidas por el zancudo está influenciado por los contextos materiales y simbólicos que conforman los estilos de vida y sirven como límites para la capacidad de agencia de los actores sociales en razón de su salud y las personas que las rodean; y en un segundo momento me enfocaré en la descripción etnográfica de las características físicas e histórica de la comunidad Tutunichapa III, relacionándola con el contexto macro descrito previamente.

2.1.EL PROCESO DE TRANSFORMACIÓN DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR EL ZANCUDO EN EPIDEMIAS

Para comprender la forma en que las enfermedades transmitidas por el zancudo se han desarrollado en el contexto salvadoreño debemos analizar primero tres procesos históricos: 1) el desarrollo del sistema de salud salvadoreño y los problemas en el abordaje de las enfermedades transmisibles; 2) las características fisiológicas de las enfermedades transmitidas por el zancudo y la tendencia epidemiológica en territorio salvadoreño; y 3) la desigualdad social en el proceso de urbanización.

2.1.1. El sistema de salud salvadoreño y las enfermedades transmisibles.

Según Duran (2016) las enfermedades transmisibles han sido un problema de salud desde la época colonial (antes de eso no se cuenta con registros) y lo continúan siendo en la actualidad, a pesar de que ya no son la principal causa de muerte desde los sesenta sus efectos como causas de enfermedades han aumentado considerablemente, sobre todo cuando estas enfermedades alcanzan los niveles de epidemia.

La misma autora considera que en cada periodo histórico podemos caracterizar a los sectores más vulnerables de la población salvadoreña a este tipo de enfermedades: en la colonia fueron los grupos étnicos indígenas y ladinos; en el siglo XIX fueron las clases dedicadas al peonaje y la agricultura, aunque en ambos periodos, cuando las enfermedades alcanzaron niveles nacionales, afectaron a todos los grupos sociales; esto cambia a partir del siglo XX donde la población con pobreza extrema y la niñez fueron los más afectados por estas enfermedades. Duran (2016) afirma que esto se debió a que los grupos antes mencionados ha tenido más dificultades para el acceso a servicios básicos, a educación e incluso a la salud, a causa del sistema estratificado de acceso a los servicios de salud que se ha configurado en nuestro país a lo largo de la historia.

Este acceso desigual a la salud formal, o medicina científica, tiene su propio proceso historio, el cual es expuesto tanto por Duran (2016) como por Hernández (2017) en sus análisis sobre la historia de las políticas públicas de salud en El Salvador. Ambos autores nos cuentan que durante mucho tiempo el derecho a la salud no fue garantizado por el estado salvadoreño, sino por entes privados de caridad y el estado limitaba su papel al de regularlos, mas no de administrarlos.

Según Duran (2016: 155), a inicios del siglo XX se abolió esta forma de atención y el estado dio sus primeros pasos en la garantía de la salud pública. No obstante, fue solo hasta la llegada de la Constitución de 1950 que se reconoció legalmente a la salud de los habitantes de la república como un bien público, así mismo el Estado salvadoreño proporcionaría asistencia gratuita a los enfermos que carecían de recursos, y a los habitantes en general, cuando el tratamiento constituya un medio eficaz para prevenir la diseminación de una enfermedad transmisible. En este último caso toda persona está obligada a someterse a dicho tratamiento.

Esto implico, Según Hernández (2017), la creación de toda una institucionalidad que antes no había, lo cual fue un enorme reto que tenía que ser franqueado por

las autoridades de salud, en otras palabras, debía sentar las bases para que las políticas públicas de salud fueran efectivas. Para Duran (2016) si se quiere lograr este objetivo es necesario que se enfoque en realizar cambios conforme a prioridades claras; otro factor muy importante consiste en poseer los recursos financieros, humanos y físicos para su ejecución. Sin embargo, la misma autora señala que al hacer un análisis de las políticas públicas de salud implementadas a partir de 1950 encontramos que sus prioridades son cambiadas cada vez que se establece un nuevo gobierno, por lo cual no hay una adecuada continuidad de estas y por tanto hay reemergencia de estas enfermedades.

Con respecto al recurso humano, los dos autores antes citados nos dicen que parte de esta falta de institucionalidad se materializada en la falta de personal de salud, y especialmente del personal médico que se concentraba en lo urbano, Hernández (2017: 139-143) enfatiza el rol que jugó el sentido elitista del gremio médico al ver a su carrera como “un medio para un futuro económico satisfactorio... un escenario romántico que solo se realizará en la capital”, lo cual fue acrecentado por el hecho de que es más lucrativo ejercer en la ciudad debido a la densidad poblacional y su fácil acceso, frente a la dispersión y escasas y precarias vías de acceso al interior del país.

Debido a esta difícil situación de recursos humanos, continua Hernández (2017), en 1951 se establece el servicio social obligatorio para los egresados de la carrera de medicina en la Universidad de El Salvador, no obstante, esta medida tampoco fue muy popular entre los estudiantes y en el gremio médico en general, pues el servicio social solo era visto como un requisito y la medicina preventiva como una pérdida de tiempo, puesto que los estudiantes querían curar enfermedades, no prevenirlas, ya que el lucro está en saber curar. Esto incidió en los programas de educación para la salud, ya que parte de la población prefería asistir a curanderos, sobadores, parteras empíricas, etc. que entraban en conflicto directo con el discurso de la medicina científica.

Duran (2016) concluye que la única política pública de salud verdaderamente exitosa fue la vacunación preventiva, que buscaba combatir aquellas enfermedades que podían prevenir por medio de inmunización con una vacuna, tales como la poliomielitis o el sarampión, entre otras. Sin embargo, la mayoría de enfermedades transmisibles siguen constituyendo un problema grave para la población.

2.1.2. Desarrollo de las epidemias transmitidas por el zancudo en el territorio salvadoreño

Entre las enfermedades transmisibles aquellas que tienen como vector de contagio al mosquito *Aedes Aegypti* – de acá en adelante lo llamaré “zancudo”, pues este es el término utilizado en El Salvador para referirse indistintamente a todas las variedades de zancudos – han tenido un gran impacto a nivel nacional pues han ocasionado un aumento en el gasto de salud de miles de familias, así como el aumento en el gasto de los recursos de la cartera de salud, específicamente en medicamentos, personal e insumos. Este mosquito *vive en hábitats urbanos y se reproduce principalmente en recipientes artificiales y, a diferencia de otros mosquitos, se alimentan durante el día*; los periodos en que se intensifican las picaduras son el principio de la mañana y el atardecer.

Las enfermedades transmitidas por este zancudo en el país son el dengue, chikungunya y zika, aunque a nivel mundial también están la fiebre amarilla y el mayaro. El mecanismo de reproducción de la enfermedad es un ciclo de infecciones entre zancudos hembra (pues solo estas beben sangre) infectado a través de su picadura al ser humano sano y éste al estar enfermo y siendo picado por un zancudo sano lo convierte en vector. Cabe aclarar que este zancudo solo puede contagiarse de una de estas enfermedades a la vez. Por otro lado, para el caso del zika es posible la transmisión sexual, y se están investigando otros modos de transmisión, como las transfusiones de sangre. A su vez, las características del vector constituyen a esta relación como un fenómeno predominantemente urbano.

Las tres enfermedades comparten varios síntomas, la fiebre y los dolores son los más frecuentes e intensos, sin embargo, existen otros que son más específicos para cada una de las tres enfermedades por su grado de intensidad, localización y la frecuencia en que aparecen. Todo esto se explica en el siguiente diagnóstico diferencial (Tabla 1):

TABLA 1: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DENGUE, ZIKA, CHINKUNGUNYA

Síntoma	DENGUE	CHIKV	ZIKAV	Sarampión
Fiebre	+++	++++	++	++++
Mialgia	+++	++	++	+
Artralgia	++	++++	++	+
Cefalea	+++	+++	++	+
Edema en extremidades	-	+++	++	-
Exantema maculopapular	++	+++	+++	++++
Prurito	+	++++	+	-
Enantema (Koplik)	-	-	-	++++
Discrasias sanguíneas	++	+	-	+
Choque	+	+	-	-
Conjuntivitis	-	+	+++	++++ (1)
Adenopatías	+	++	++	++
Hepatomegalia	+	+++	-	-
Leucopenia	++++	+++	+	+
Neutropenia	++++	++	+	-
Trombocitopenia	++++	++	+	+
Hematocrito elevado	+	-	-	-
Transaminasas aumentadas	+	-	-	-
Vellosidad de sedimentación globular	-	++	++	++
Proteína C reactiva	-	++	++	-

++++ = (75 a 100%), +++ = (50-77%), ++ = (25 al 50%), + = (1-25%). (-) = no reportado
(1) Conjuntivitis purulenta, edema palpebral, línea de Stimson.

Fuente: Tomado de Boletín Epidemiológico Semana 44 (del 01 al 07 de noviembre 2015) República de El Salvador Ministerio de Salud Dirección de Vigilancia Sanitaria

El diagnóstico diferencial anterior indica los síntomas característicos de cada enfermedad son: 1) Dengue: dolor muscular que comienza desde la espalda, dolor de cabeza, disminución de glóbulos blancos y plaquetas en la sangre, estas últimas son responsables de la coagulación de heridas y al disminuir se producen hemorragias internas; 2) Chikungunya: intenso dolor en articulaciones, dolor de cabeza(cefalea), hinchazón de pies, ronchas finas en la piel, picazón, dolor de

hígado y disminución de glóbulos blancos en la sangre. 3) Zika: sus síntomas característicos son ronchas finas en la piel y conjuntivitis.

No hay tratamiento específico o curativo desde la medicina académica o biomedicina para ninguna de las tres enfermedades, sino tan sólo para aliviar los síntomas hasta que las enfermedades cumplan con sus ciclos de duración, es decir son medidas paliativas, no curativas. Para esto los pacientes deben estar en reposo, beber líquidos suficientes y tomar medicamentos comunes para el dolor y la fiebre, si los síntomas empeoran deben consultar al médico. En caso de dengue grave es decisivo mantener el volumen de los líquidos corporales. En la actualidad solo existe vacuna para el dengue.

Hoy por hoy, el único método para controlar o prevenir la transmisión del dengue, chikungunya y zika promovido por la OMS (2016) y el MINSAL consiste en eliminar el vector del zancudo; evitar que los mosquitos encuentren lugares donde depositar sus huevecillos aplicando el ordenamiento y la modificación del medio ambiente; eliminar correctamente los desechos sólidos y los posibles hábitats artificiales; cubrir, vaciar y limpiar cada semana los recipientes donde se almacena agua para uso doméstico; aplicar insecticidas adecuados a los recipientes en que se almacena agua a la intemperie; utilizar protección personal en el hogar, como mosquiteros en las ventanas, usar ropa de manga larga, materiales tratados con insecticidas, espirales y vaporizadores; mejorar la participación y movilización comunitarias para lograr el control constante del vector.

Entre las enfermedades transmisibles podemos destacar aquellas que son transmitidas por las distintas variedades de zancudo las cuales han sido uno de los grandes problemas para nuestro país y muchas partes del mundo. Según Duran (2016) la enfermedad que ha tenido mayor presencia histórica a ha sido la malaria, también conocida como paludismo, pese a los esfuerzos realizados por los distintos gobiernos, la interrupción de los programas por falta de fondos o

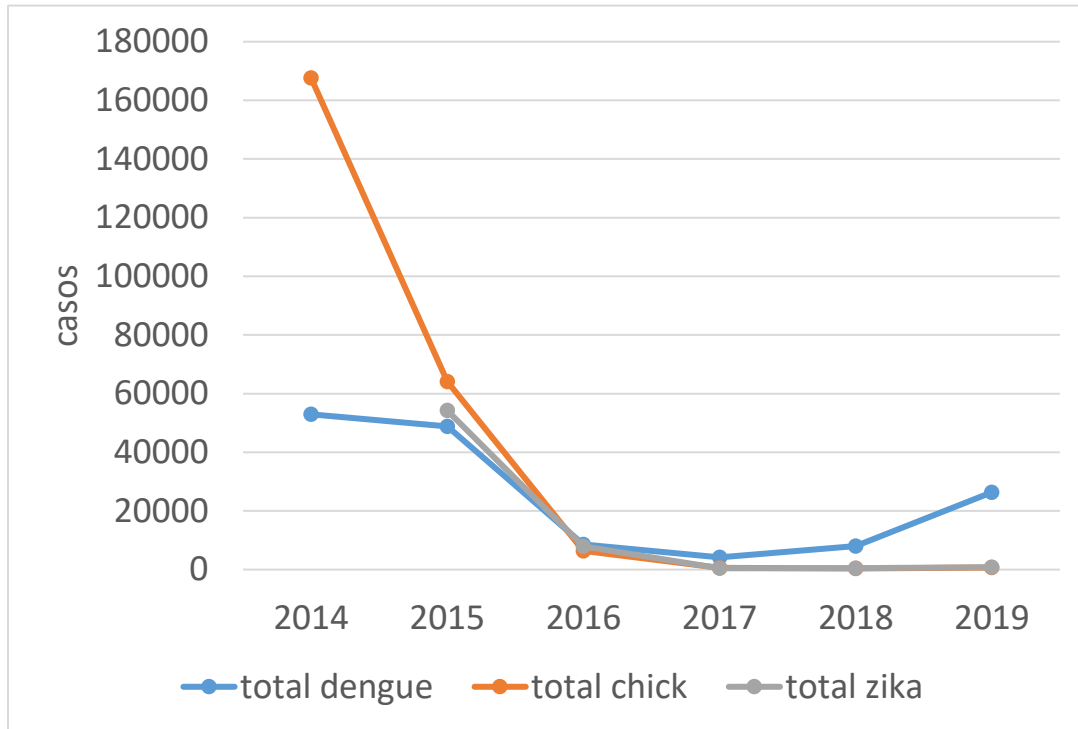
disposición política impidieron que los casos de esta enfermedad disminuyeran durante todo el siglo XX hasta los años 90.

La misma autora señala que en 1977 se originó una pandemia de dengue que rápidamente se propagó desde Jamaica a toda la región de las Américas, llegando a nuestro país en 1978 ocasionando 16,869 casos, morbilidad que aumentó en 1979 y que logró disminuir en 1980. Sin embargo, según datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en 2001 los casos de dengue tuvieron otro brote epidémico, además la cantidad elevada de casos no solo se normalizó, sino que cada año había un nuevo brote epidémico que no disminuía, aumentando así el techo de la endemia o aquello que se considera en epidemiología como la cantidad normal de casos de una enfermedad. Esto coincidió con los intentos de privatización de la salud, que formaban parte de la segunda ola de políticas neoliberales (Amaya, A.D., Girón, M.E. & Pérez, W.A., 2006), y con el terremoto de 2001, debido a la acumulación de riesgos y vulnerabilidad, causó grandes daños a nivel nacional.

Pese a los esfuerzos del Ministerio de Salud, los índices de contagio de las enfermedades transmitidas por zancudo durante el tercer quinquenio de este siglo son muy altos. El dengue se mantuvo, según datos del Ministerio de Salud (MINSAL), en un rango entre 20,000 y 60,000 casos registrados en todo el país anualmente desde el 2011 (Gráfica 1). Además, aparecieron dos nuevas enfermedades transmitidas por el zancudo, la primera de ellas fue el chikungunya en el 2014, la cual llegó a superar en número de casos al dengue, y le siguió el zika en el año 2015.

Finalmente, en el año 2016 hubo una enorme reducción de casos de chikungunya y dengue, mientras que el zika nunca alcanzó cifras tan exorbitantes como las dos anteriores.

GRÁFICA 1: CASOS ANUALES DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ZANCUDOS EN EL SALVADOR (2014-2019)



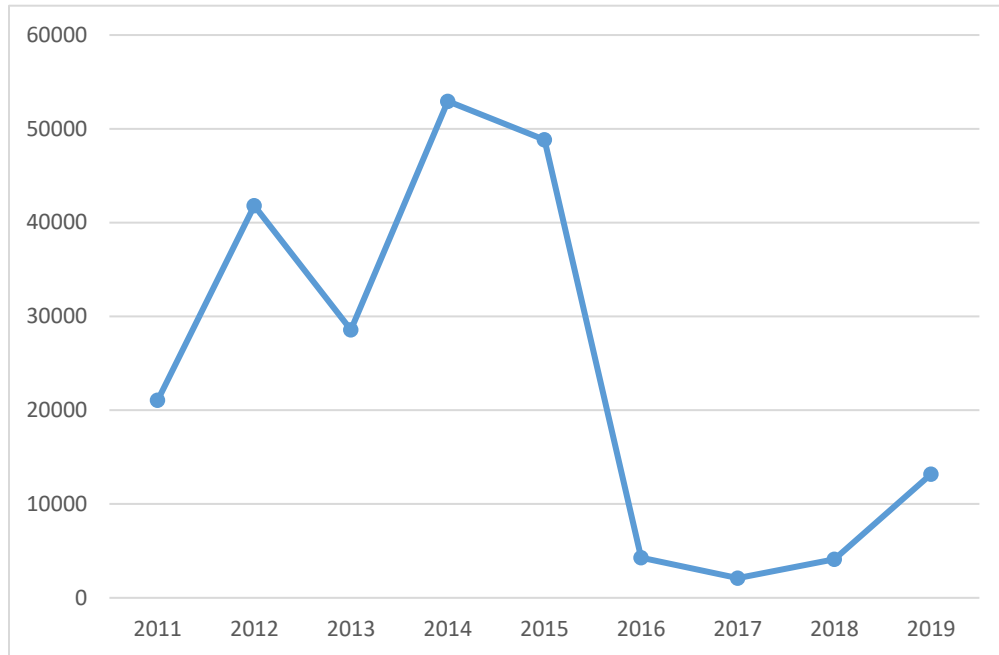
Fuente: Elaboración propia basado en datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Gobierno de El Salvador 2011-2019

En opinión de activistas del Foro Nacional de Salud (FNS), organización social que tiene función de contraloría en la política nacional de salud y la reforma de salud, esta disminución de la morbilidad y letalidad de las enfermedades transmitidas por zancudos durante los gobiernos del FMLN (Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional) se debió a fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud con la apertura de ECOS familiares y el acompañamiento de las comunidades en el mapeo de cada una/o de los habitantes y el acompañamiento en el trabajo de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Estos esfuerzos también aportaron en la reducción de muerte materna y neonatos que significó un reconocimiento a nivel internacional.

Cabe resaltar que desde los comités comunitarios del FNS asistieron al personal médico en jornadas de sensibilización en prevención del chikungunya, zika y dengue, entre otras enfermedades, también acompañaron jornadas de limpieza, campañas de vacunación y sobre todo sumamente importante el papel para gestionar espacios para que las y los promotores de salud realizaran su trabajo en las comunidades, manteniendo reuniones permanentes con el personal de los ECOS y Micro-redes de Salud, monitoreo de implementos médicos y medicamentos, participación en la organización de club de adultos mayores, adolescentes embarazadas, entre otras cosas.

Ahora bien, desde el FNS también se ha denunciado la desarticulación de los sistemas integrados en el segundo gobierno del FMLN, así como la total ruptura del actual gobierno de Nayib Bukele. Mientras tanto los casos de dengue se han mantenido en ascenso, ya que, tal y como nos advierten Rodríguez Carrasco, B., Alonso Cordero, M., Scull Scull, G., & Boyeros Fernández, E. (2008, pp. 10) “Los factores climatológicos, socioeconómicos y culturales influyen de forma notable en la reemergencia del dengue”, sumado a la falta de continuidad de las políticas que publicas. En la Gráfica 2 se puede apreciar la tendencia a la reemergencia del dengue en El Salvador:

GRÁFICA 2: CASOS ANUALES DE DENGUE EN EL SALVADOR (2011-2019)



Fuente: basado en datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Gobierno de El Salvador 2011-2019

Es necesario mencionar que el Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL) desarrolló en 2015 una estrategia de educación para el abordaje del dengue, chikungunya y zika en la cual identificó los siguientes factores determinantes de dichas enfermedades (MINSAL,2015, pp. 9): A) Alta densidad poblacional; B) Condiciones climáticas tropicales, con inviernos copiosos y periodos prolongados sin lluvia que dejan múltiples sitios de reproducción del vector; C) Abastecimiento irregular de agua potable, por lo que la población se ve en la necesidad de almacenar en múltiples recipientes sin tomar ninguna medida de protección del vital líquido, convirtiéndose en potenciales criaderos; D) Prácticas culturales que favorecen la reproducción del vector. Tanto la alta densidad poblacional como la limitante del acceso al agua son problemas que tienen que ver directamente con el desarrollo urbano del Área Metropolitana de San Salvador, por lo cual es necesario abordarlo.

2.1.3. El proceso de urbanización en El Salvador como determinante de epidemias

El proceso de urbanización en el país, según el MINSAL (2017), ha tenido varios resultados negativos para la salud de las personas entre los cuales se encuentran: La deficiencia en la recolección y disposición de desechos sólidos, la contaminación del aire, el ruido, la falta de espacios de esparcimiento, violencia, la alta prevalencia de las enfermedades crónicas e infecciosas, y finalmente, la generación de una culturas y estilos de vida particulares que son considerados “no saludables”⁴. Es por ello que se vuelve necesario exponer una síntesis del proceso de urbanización en El Salvador, lo cual realizaré retomando los aportes encontrados en el segundo capítulo del informe de FUNDASAL (2009; p. 28-35) “Escenarios de vida desde la exclusión urbana: una mirada al hábitat popular de 32 ciudades de El Salvador”:

Al hablar del proceso histórico de urbanización en El Salvador es necesario resaltar la relación entre el Estado, el funcionamiento del mercado y la población en exclusión. Dicha relación, se ve reflejada al analizar la forma en que las políticas públicas de desarrollo económico determinaban no sólo la forma en que se producía, distribuía y consumían los bienes, así como la acumulación de plusvalía, sino también los patrones de migración y asentamiento de grandes contingentes de personas que buscan trabajar y vivir entorno a los espacios con mayor oportunidad de empleo (FUNDASAL, 2009).

En una primera instancia, la concentración de la población en El Salvador giró alrededor de los espacios definidos por el modelo económico agroexportador basado en monocultivo, esta política económica se desarrolló durante un largo periodo de tiempo, aunque no siempre utilizando el mismo tipo de cultivo: Primero

⁴ Cabe destacar que MINSAL habla de estilos de vida no saludables retomando los planteamientos del buen vivir promulgando la búsqueda de las causas estructurales, el sentido de comunidad en el proceso curativo y los demás aspectos de la vida, así como “el rescate” de las costumbres indígenas.

fue el periodo del añil, el cual comprendió de 1620 a 1860, seguido del café de 1861 a 1930, luego la caña de azúcar que abarca en la década de los cuarenta del siglo XX, y el periodo del algodón que se desarrolló en los años sesenta del siglo pasado. No obstante, el proceso de ordenamiento territorial inició con la desaparición de las tierras comunales y ejidales para conformar las grandes plantaciones de café, hasta que el cambio de ejes de acumulación de capital, paso de lo rural a lo urbano. (FUNDASAL, 2009)

La intervención del Estado en los procesos de urbanización en este periodo se limitó a la construcción de carreteras y acceso a servicios. La solución a la problemática habitacional no fue atendida por el gobierno, de hecho, el Estado no tuvo participación en la construcción de viviendas antes de 1935, pues al igual que la salud, este rubro estaba a cargo de los inversores privados. (FUNDASAL, 2009)

A mediados del siglo XX se impulsó la industrialización a través del modelo de sustitución por importaciones en el cual la empresa (urbana) se convirtió en la principal fuente de empleo y, junto a las condiciones político-jurídicas que lo sustentaban, ejercieron una presión que obligó a grandes sectores poblacionales a buscar donde vivir alrededor de las estas. (FUNDASAL, 2009)

Muchas de las personas que migraban del campo a la ciudad se han encontrado con espacios urbanos inhóspitos en donde el suelo y la vivienda están fuera del alcance de sus bolsillos, por lo cual recurrieron a opciones informales como aquellas tierras que no se utilizaban como productivas o con fines laborales para conformar asentamientos en un inicio temporales, pero que después se volvieron permanentes, todo esto con el fin de poder acceder al suelo y la vivienda, en las urbes. Esta es una tendencia que parece persistir en la actualidad. Las ciudades se consolidaron a partir de las relaciones de comercialización, mientras que los procesos de segregación socio espacial respondieron al desplazamiento de las elites. (FUNDASAL, 2009)

A finales de los 50 la dinámica de la urbanización se aceleró y el Estado comenzó a intervenir en los procesos urbanos creando el Ministerio de Obras Públicas (MOP) con la ley de Urbanismo y Construcción que era aplicada por la Dirección de Urbanidad y Arquitectura (DUA). Además, se conformó el Instituto de la Vivienda Urbana (IVU) para tomar parte en el proceso de compra y venta de suelo urbano y la gestión de soluciones habitacionales de los asentamientos. (FUNDASAL, 2009)

No obstante, la comercialización de las tierras estaba en manos de sus propietarios, la construcción de viviendas en las de la empresa privada, y no se vislumbra un rol activo o programático por parte de las municipalidades. La dinámica de mercado y la ausencia de políticas públicas sustentadas en una planificación y regulación territorial de acceso urbano incluyente y de control o penalización a la especulación inmobiliaria llevó a la profundizó el proceso de segregación socioespacial. (FUNDASAL, 2009)

Este proceso de segregación socio espacial se dio en varios periodos, el primero entre 1900 y 1930, en el cual las elites económicas se movieron a las periferias este y oeste del centro de San Salvador, entre los años 30 y 40 se movieron a la colonia “Flor Blanca”, lo cual marcó el inicio del quiebre en la ciudad como sistema de tradicional de organización por barrios. Posteriormente, a finales de los cuarenta las elites se mudan a la colonia “Escalón” y en los años 50 a la colonia “San Benito”. (FUNDASAL, 2009)

En contraposición a lo anterior, la población fue creciendo en las ciudades sin que hubiese mejoras en las condiciones de urbanización de los entornos. Las condiciones de desarrollo habitacional tenían grandes deficiencias en los años 60, pues el 55% de la población rural y casi 2/3 de la población urbana vivía en asentamientos con tenencia insegura o servicios básicos deficientes tales como: agua potable, energía eléctrica, saneamiento higiénico como aguas negras y letrinas, y las vías de comunicación y transporte. (FUNDASAL, 2009)

La crisis sociopolítica y económica en El Salvador configuraron niveles de contradicción extremos que produjeron entre finales de los sesentas e inicios de los ochenta el conflicto armado. Este fenómeno afectó directamente las poblaciones rurales y a las pequeñas ciudades del interior del país, lo cual provocó un éxodo masivo hacia los municipios aledaños de la capital, principalmente de los 13 municipios considerados como el centro de desarrollo del país y que concentraban la localización de las principales oficinas de gobierno. Para 1992, año en que se firmaron los Acuerdos de Paz, estos 13 municipios, que ahora denominamos Área Metropolitana de San Salvador, concentraban el 22.8% de la población salvadoreña. (FUNDASAL, 2009)

Otros factores para tomar en cuenta para el análisis del proceso de urbanización son los terremotos en tanto desastres socio-naturales, de los cuales puedo remarcar 3 que han afectado el paisaje urbano, la memoria de las personas del área Metropolitana de San Salvador y la intensificación de los casos de las epidemias transmitidas por zancudos. El primero es el terremoto del 3 de mayo 1965, el cual según el MARN/ SNET-PNUD (2008) tuvo una intensidad de 6.5-6.5 en la escala de Richter dejó saldo 11 personas muertas, medio millar de heridos, un área de 15 kilómetros de destrucción, 53 millones de colones en pérdidas y 50 mil personas sin hogar, en consecuencia, se formaron colonias temporales para ubicar a las personas damnificadas que posteriormente se convirtieron en comunidades marginales, entre ellas la comunidad Tutunichapa III.

El segundo terremoto importante para este estudio fue el del 10 de octubre 1986 con una magnitud de 7.5 grados en la escala de Richter que dejó un millar de muertos y el área metropolitana de San Salvador quedó por los suelos, lo cual se conjugó con los efectos de la guerra civil; finalmente hay que destacar los terremotos del 13 de enero de 7.6 grados y el 13 de febrero de 6.6 grados, que entre los dos dejaron más de 1200 muertos y un millón de personas afectadas, al

mismo tiempo la población salvadoreña experimentó el comienzo de la epidemia de dengue que duraría hasta 2016 (MARN/ SNET-PNUD, 2008)

2.1.3.1. Área Metropolitana de San Salvador: Marginalidad y abastecimiento de agua.

El área urbana más grande de El Salvador, y por tanto la más propensa a tener brotes de enfermedades transmitidas por zancudos, es el Área Metropolitana de San Salvador (AMSS) y está conformada por un conglomerado de catorce municipios, donde se concentra una importante porción de la actividad económica, doce de los cuales pertenecen al departamento de San Salvador y dos corresponden al departamento de La Libertad. Estos son: San Salvador, Mejicanos, San Marcos, Ayutuxtepeque, Cuscatancingo, Ciudad Delgado, Ilopango, Soyapango, Antiguo Cuscatlán, Santa Tecla (o Nueva San Salvador), San Martín, Nejapa, Apopa y Tonacatepeque. El AMSS está ubicada en la zona central del país, su extensión es sólo el 3% (610.84 Km²) del total del territorio nacional, sin embargo, en él habitaban para el año 2009 el 27.5% (1, 729,032 habitantes) de la población. Por tanto, su densidad poblacional es muy elevada con 2831 habitantes por Km² y su crecimiento urbano tiene una tendencia a acelerarse con el paso de los años. (FUNDASAL, 2009)

Los lugares más vulnerables al brote y propagación de enfermedades transmisibles en lo urbano, y por tanto en el AMSS, son aquellas comunidades que se han configurado al “margen” de la ciudad, entendiendo margen no espacialmente, porque estos lugares pueden estar insertos en medio de la ciudad y no en su periferia, sino por su condición de marginalidad, entendiendo que estas poblaciones no gozan de los mismos privilegios que el resto de los ciudadanos; por ejemplo en el acceso de servicios básicos (agua, luz, electricidad, vías de acceso, y saneamiento). La comunidad Tutunichapa III es considerada por la mayoría de la gente una de ellas.

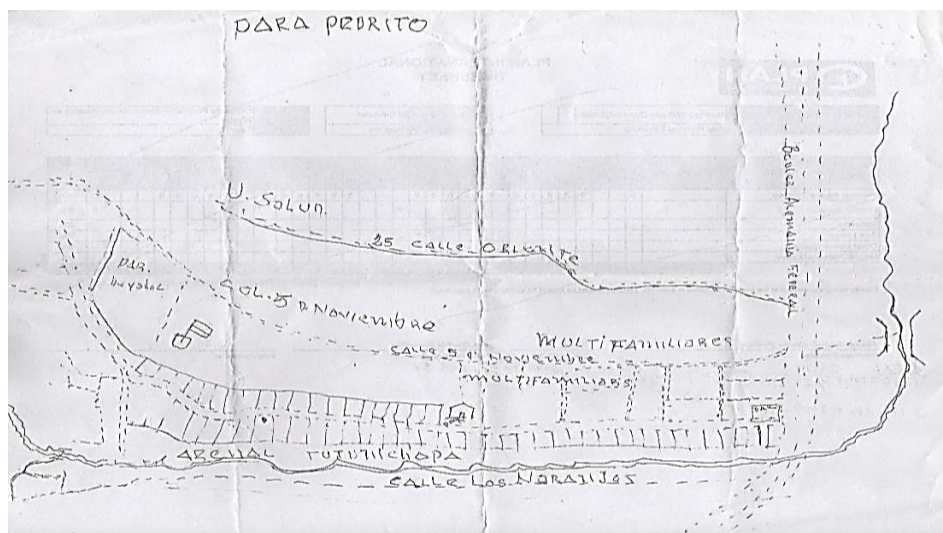
Al mismo tiempo, según Cuellar, N., Díaz, O. & Salinas, K. (2017), el patrón de concentración de la población en el AMSS no sólo se ha consolidado, sino que también se ha expandido, reforzando con ello los procesos de urbanización en el AMSS, demandando cada vez más agua de manera permanente. No obstante, como resultado de la urbanización, el acuífero de San Salvador ha disminuido su capacidad de infiltración y recarga de agua, la cual es artificialmente compensada por las fugas y pérdidas de agua potable existentes en el sistema de distribución del AMSS, las cuales han sido claves para mantener la capacidad de producción de los sistemas tradicionales que se alimentan del acuífero de San Salvador.

2.2. LOS ESTILOS DE VIDA EN LA TUTUNICHAPA III

Este apartado estará enfocado en describir la manera en que los componentes simbólicos e histórico-materiales, de la dinámica sociocultural en la Tutunichapa III, median la forma en que se atienden, transmiten y perciben las enfermedades transmitidas por el zancudo, y han propiciado la alta morbilidad de estas.

2.2.1. Ubicación y límites de la comunidad Tutunichapa III

PLANO 1: CROQUIS ORIGINAL DE LA COMUNIDAD TUTUNICHAPA III



Fuente: Elaborado por Antonio Escamilla, residente del lugar y trabajador retirado de la alcaldía.

Si bien la Tutunichapa III (de acá en adelante La Tutu) es el lugar donde se realizó este estudio, debo de aclarar que en el municipio de San Salvador existen otras localidades con el mismo nombre (pero diferente numeral), y por este motivo son frecuentemente confundidas. El nombre común les deviene por asentarse en las orillas de la quebrada “Arenal Tutunichapa” el cual se utiliza como desagüe de aguas negras y atraviesa gran parte de la capital debajo de una bóveda. Estas comunidades están ubicadas precisamente en los tramos en que la bóveda se ve interrumpida.

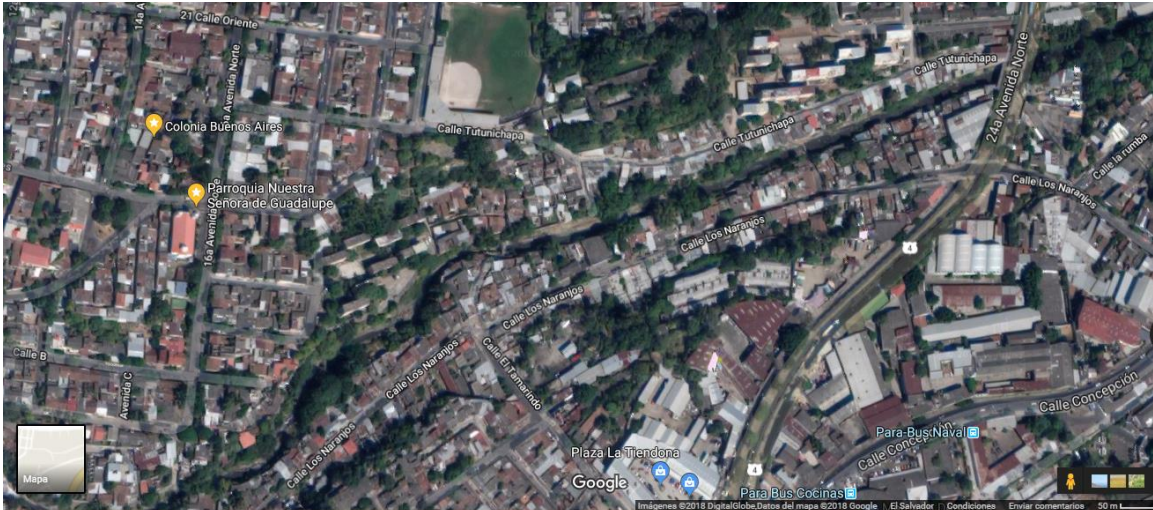
Los lugares en cuestión son: la Tutunichapa I ubicada al este de la ciudad, detrás de PriceSmart y cerca del hospital Rosales; al oeste de la ciudad se encuentran las comunidades Tutunichapa II y IV ubicadas en los alrededores del mercado “San Miguelito”; finalmente La Tutu, que está aún más cerca del límite oeste de San Salvador con Soyapango y Ciudad Delgado, administrativamente pertenece a la colonia Guatemala y forma parte de un tramo de la calle homónima⁵.

La Tutu se diferencia del resto de la colonia Guatemala en que sus viviendas no fueron construidas a través del mercado formal del sector de la construcción, si no que inició como lotificación ilegal; además esta cuenta con su propia Asociación de Desarrollo Comunitario (ADESCO de acá en adelante) por lo cual es relativamente independiente de la colonia Guatemala. La comunidad limita con una colina al norte y más allá con la calle “5 de Noviembre”, al sur con la quebrada “Arenal Tutunichapa”, y al este con la carretera “Troncal del Norte”⁶.

⁵ El tramo mide aproximadamente 500 m (o medio Km) y la extensión total de la calle es de 700m, sin embargo, las personas que viven en los 300m restantes son consideradas como propias de la colonia Guatemala.

⁶ A la troncal del Norte, a la altura en la que se encuentra la Tutunichapa III, también se le conoce por “Federal de Alemania”

MAPA 1: COLONIA GUATEMALA Y COMUNIDAD TUTUNICHAPA III



Fuente: Tomado de Google maps en el año 2018

La comunidad más cercana son los edificios de departamentos multifamiliares “Guatemala I” que están en el mismo espacio físico que circunscribe a La Tutu (Mapa 1). Si bien comparten parqueo y un parque al cual se le llama Holl, cada una tiene su ADESCO y casa comunal propia. En la loma que limita con la calle 5 de Noviembre y las dos comunidades se ha colocado una malla ciclón ya que en el pasado se han dado de casos violaciones a mujeres en el Holl, se presume que los agresores ingresaron desde ese punto.

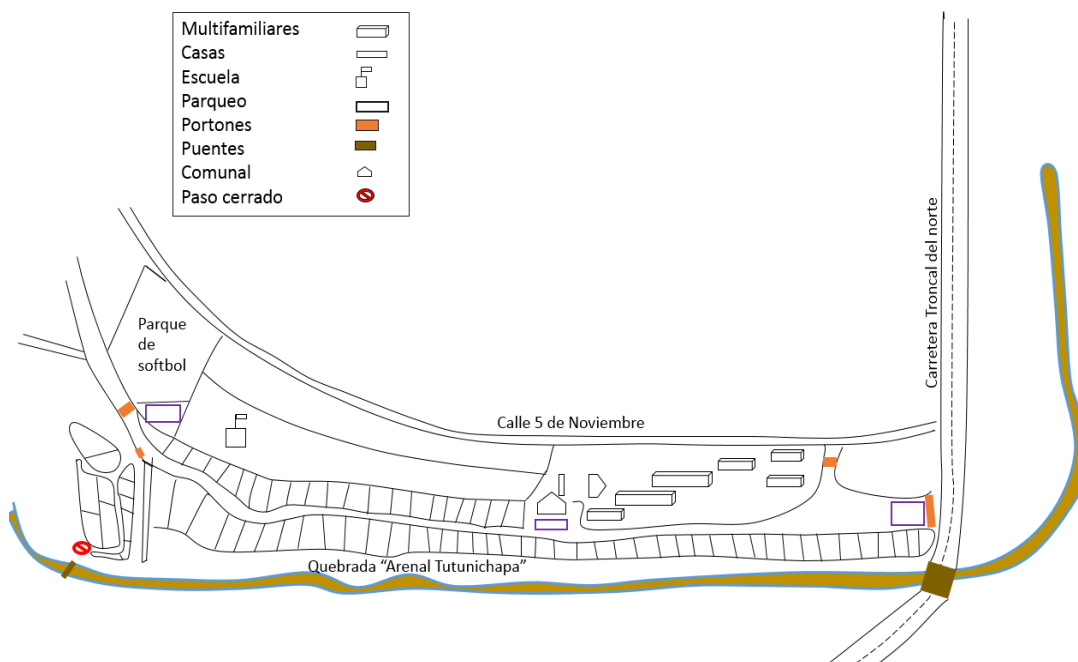
La colonia Guatemala, y por tanto la comunidad “Tutunichapa III” fue construida en la pendiente de una colina, en cuya cima se yergue la parroquia de nuestra señora de Guadalupe, tal y como se aprecia en el alrededor de la misma colina se encuentran la colonia “EL Bosque”, por lo cual la parroquia constituye un importante punto de encuentro entre las personas católicas de las dos colonias. A su vez la Tutunichapa III colinda con la Colonia “Amaya”⁷ al sur, separados por la

⁷ No se tienen muchos datos sobre la extensión y límites de este lugar.

quebrada. En sus cercanías la comunidad cuenta con una escuela, un parque, un estadio de softball y una cancha de futbol y basquetbol

La entrada principal a La Tutu, como se puede apreciar en el plano 2, está ubicada después del estadio de softboll, quedando la escuela pública dentro del territorio de la comunidad. Si bien toda la colonia está construida sobre una pendiente, el tramo de La Tutu es el más empinado, por lo cual, como ya mencionamos antes, las casas quedan en medio del río y una elevación de tierra sobre la que está construida la escuela.

PLANO 2: CROQUIS DE LA COMUNIDAD TUTUNICHAPA III



Fuente: Modificado de Antonio Escamilla, residente del lugar y trabajador retirado de la alcaldía.

La comunidad cuenta con otros dos accesos que están cerrados: el primero está ubicado en un pasaje de la parte final de La Tutu, que lleva a la calle "5 de Noviembre" y también está separado por un portón vehicular. El segundo está cerrado por un portón peatonal que conecta el pasaje principal con la Troncal del Norte. Con excepción de este último que permanece cerrado siempre y se

requiere de llave para poder entrar, todos los portones permanecen abiertos de par en par hasta aproximadamente las 8:00pm.

Es importante recalcar la importancia de la escuela no solo como una facilidad al acceso de educación, por lo menos en cuanto a cercanía física, si no como centro de socialización, encuentro, espacio para el desarrollo de actividad económica secundaria, y la contienda política. Esto se ve materializado en las coyunturas electorales, ya que la escuela es utilizada como centro de votación, durante las elecciones algunas de las personas que viven en la Tutunichapa (principalmente mujeres) instalan alrededor de la escuela puestos temporales de venta de tostadas, fresco, antojitos, etc. Si bien no es su actividad principal si representa una oportunidad para acrecentar sus ingresos, parte de las estrategias de venta es aplicar la lógica del don en donde los vecinos les compran a las personas de la comunidad en relación con la “confianza”⁸ que haya entre ellos.

Los principales lugares de interacción y convivencia son las aceras, las cuales se mantienen concurridas durante casi todo el día, sin embargo, esto se ve aún más en las horas de la tarde cuando la luz del sol es menos fuerte, lo cual varía dependiendo de la época del año y el clima. En ese momento las mujeres sacan sus sillas y se reúnen en grupos para platicar en frente de la casa de alguna de ellas; los jóvenes a jugar con sus teléfonos algún juego en línea reuniéndose en las tiendas o en frente de sus casas; y los hombres que se reúnen a beber frente a las tiendas, las cuales incluso tienen asientos de cemento, pilares y troncos (Fotografía 1) e incluso cuentan con parasoles hechos de plantas o laminas (Fotografía 2). Esto es importante ya que si bien estos espacios de sociabilización propician la unidad de la comunidad también es donde se dan las disputas por el

⁸Según Lomnitz (1975, pp. 187-91) La confianza es una variable psicosocial dinámica, que mide la capacidad y voluntad de los contrayentes para intercambiar favores e información. Los factores que influyen en la confianza son: la cercanía social ideal (parentesco y otras instituciones como la amistad), la cercanía física, la igualdad socioeconómica y el conocimiento mutuo.

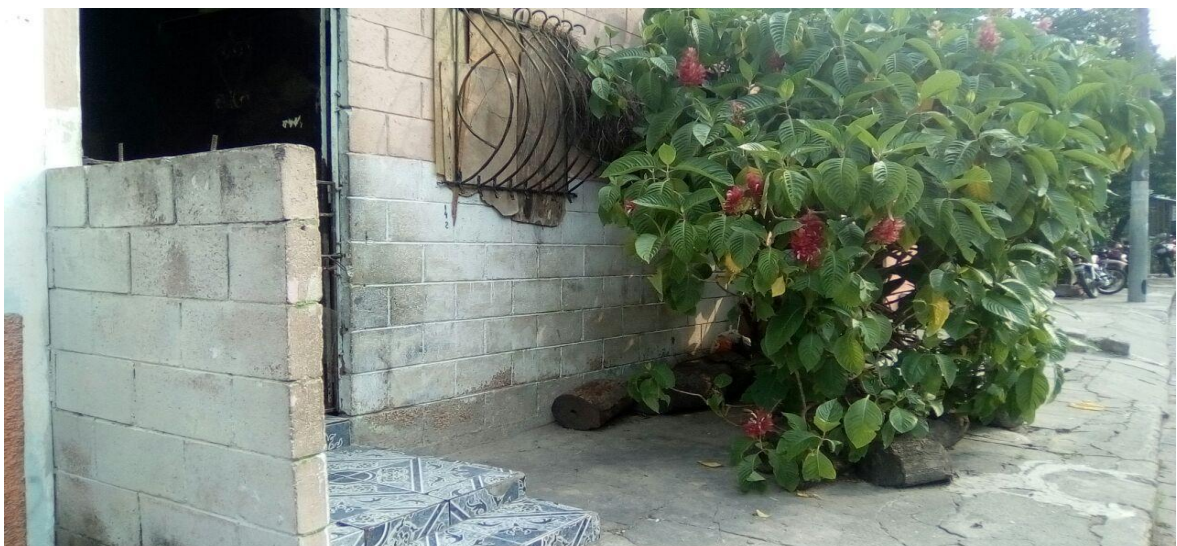
prestigio social, por ejemplo, mediante el cotilleo o chisme, o haciendo exhibiciones de ciertos bienes.

FOTOGRAFÍA 1: PILARES DE CEMENTO UTILIZADOS COMO ASIENTOS EN PLÁTICAS VESPERTINAS EN LAS ACERAS DE LA COMUNIDAD TUTUNICHAPA III



Fuente: Tomada por Martínez Pedro, estudiante en proceso de grado, el 20 de marzo de 2018

FOTOGRAFÍA 2: PARASOL HECHO CON PLANTAS EN UNA TORTILLERÍA DE LA COMUNIDAD Tutunichapa III

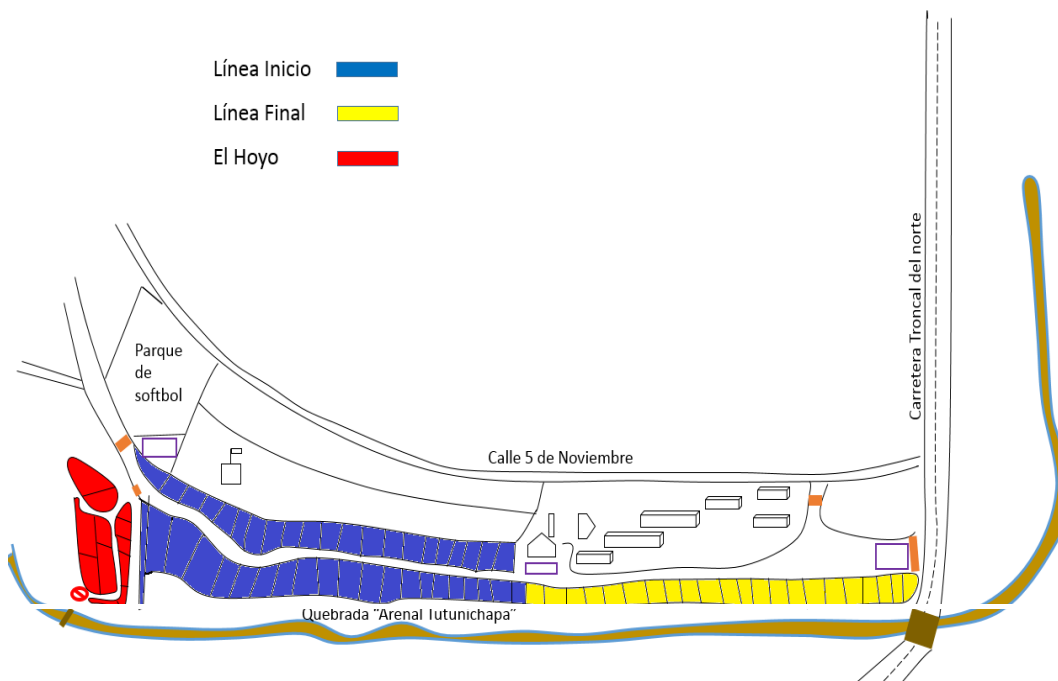


Fuente: Tomada por Martínez Pedro, estudiante en proceso de grado. 20 de marzo de 2018

Zonas de la Tutunichapa III

A continuación, muestro las distintas zonas que los habitantes de la Tutunichapa III reconocen como parte del territorio de la comunidad (Plano 3), así mismo realizaremos una breve reseña de la historia reciente y la dinámica social particular de algunos de estos lugares:

PLANO 3: ZONAS DE LA COMUNIDAD TUTUNICHAPA III



Fuente: Elaborado por Martínez Pedro, estudiante en proceso de grado.

En el pasaje principal de la comunidad – al cual se le conoce como “La Línea” – se desprenden dos zonas: la primera, a la cual denominaré como “Línea Inicio” (Fotografía 3), parte de la entrada principal y llega hasta el parque (Fotografía 4), se caracteriza por tener casas a ambos lados de la calle, una del lado de la ladera sobre la cual está construida la escuela y otra del lado del río, si bien todas las casas son relativamente similares en cuanto a forma y materiales de construcción las casas del río tienen un patio más amplio. Al mismo tiempo ambos lados han sufrido por inundaciones en época de lluvia, pero por diferentes

razones: los desagües de las casas de la ladera acumulaban lodo, en la actualidad cuentan con un desagüe que va de la escuela a la quebrada; por otra parte las casas del río se inundan por las crecidas del afluente, aunque estas casas no cuentan con muros de contención en sus patios varias familias han construido ellas mismas, así mismo se han plantado arboles de bambú como barreras vivas contra deslaves y correntadas.

FOTOGRAFÍA 3: PRIMERA ZONA “LÍNEA INICIO”



Fuente: Tomada por Martínez Pedro, estudiante en proceso de grado. 20 de marzo de 2018

FOTOGRAFÍA 4: EL PARQUEO COMÚN DE LA TUTUNICHAPA III Y LAS MULTIFAMILIARES



Fuente: Tomada por Martínez Pedro, estudiante en proceso de grado. 20 de marzo de 2018

La segunda zona, la cual se denomina “Línea Final” (Fotografía 5), se extiende del parqueo hasta la troncal del norte donde hay una entrada peatonal. El lugar se caracteriza en que todas las casas fueron construidas con muro de contención, ya que sirven como protección de inundaciones a las multifamiliares que están en frente. En la parte final de esta zona hay narcomenudeo y a su vez otros dos parqueos, así como una entrada vehicular y otra peatonal, los cuales son vigilados por las personas que viven ahí, pero son menos concurridos que el que limita la tercera y cuarta zona. El parqueo que limita con las dos secciones de la línea y las multifamiliares es el espacio dentro de la comunidad más disputado, ya que a lo largo de los años las personas del lugar han ido consiguiendo autos y este era el único parqueo disponible, por lo cual las personas de la Tutunichapa III invaden los espacios de parqueo de las multifamiliares.

FOTOGRAFÍA 5: SEGUNDA ZONA LÍNEA FINAL



Fuente: Tomada por Martínez Pedro, estudiante en proceso de grado. 20 de marzo de 2018

La tercera y última zona es denominada “El Hoyo”, cuya entrada (Fotografía 6) está ubicada en un pasaje justo antes de terminar la cuesta, además aquí se encontraba el camino al puente que conectaba a La Tutu con la colonia Amaya, sin embargo, hace unos pocos años fue bloqueada por la alcaldía a petición de los vecinos de la comunidad Tutunichapa III. Este lugar está compuesto por varios pasajes ensortijados y las casas se caracterizan por ser pequeñas y de diseño irregular (Fotografía 7, Fotografía 8 y Fotografía 9), con pisos de cemento y de una planta, salvo un par de excepciones de casas con dos plantas pero que albergan a dos grupos domésticos distintos, aunque mantienen lazos de parentesco.

FOTOGRAFÍA 6: ENTRADA A LA TERCERA ZONA “EL HOYO”



Fuente: Tomada por Martínez Pedro, estudiante en proceso de grado. 20 de marzo de 2018

FOTOGRAFÍA 7: PASAJE UNO DE EL HOYO



Fuente: Tomada por Martínez Pedro, estudiante en proceso de grado. 20 de marzo de 2018

FOTOGRAFÍA 8: PASAJE DOS DE EL HOYO



Fuente: Tomada por Martínez Pedro, estudiante en proceso de grado. 20 de marzo de 2018

FOTOGRAFÍA 9: PASAJE TRES DE EL HOYO



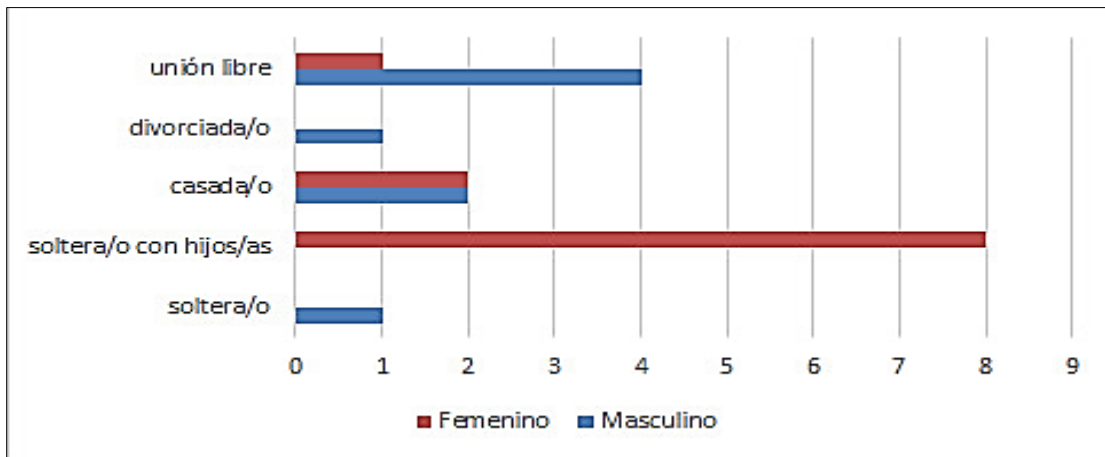
Fuente: Tomada por Martínez Pedro, estudiante en proceso de grado. 20 de marzo de 2018

2.2.2. Condiciones sociodemográficas de los habitantes de la Tutunichapa III para 2019

Los siguientes datos fueron recabados a través de entrevistas mixtas implementadas a 19 jefes de hogar de las 138 familias que viven en la comunidad Tutunichapa III. De las 19 personas 17 son propietarios de sus casas, de las dos restantes una alquilaba y a la otra se le había cedido su casa por otro familiar; en cuanto a las adscripciones religiosas 12 dijeron ser católicas y 7 evangélicas. Cabe señalar que la edad promedio de las personas entrevistadas fue de 58 años.

De las personas entrevistadas (Gráfica 3) 11 eran mujeres y 8 hombres. Sobre su estado civil 8 mujeres afirmaron ser madres solteras, 1 afirmó estar en unión libre y 2 casada; en cambio 4 hombres dijeron que estaban en unión libre, 2 casados, 1 divorciado y 1 soltero sin hijos. La gran cantidad de mujeres (madres) solteras es una expresión del abandono paterno.

GRÁFICA 3: ESTADO CIVIL POR SEXO DE JEFES DE HOGAR ENTREVISTADOS/AS EN LA TUTUNICHAPA III.

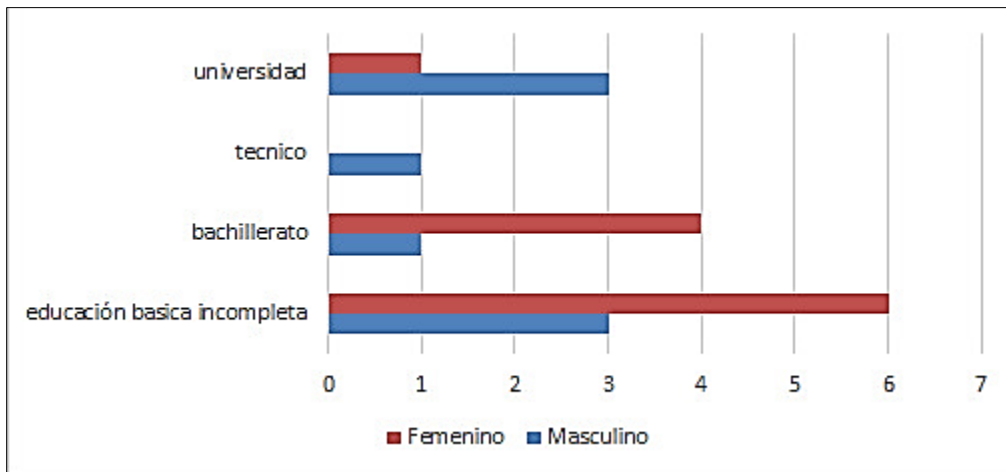


Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas a habitantes de la comunidad Tutunichapa III.

En relación con el nivel de escolaridad: nueve personas no finalizaron sus estudios, de las cuales 6 eran mujeres y 3 hombres (Gráfica 4). De las diez personas restantes: cuatro mujeres y un hombre estudiaron hasta finalizar bachillerato, un hombre estudió un técnico, finalmente tres hombres y una mujer

terminaron sus carreras universitarias. En la comunidad Tutunichapa III existe desigualdad general en el acceso a la educación ya que casi la mitad de los entrevistados no finalizaron sus estudios. Se puede explicar la deserción masculina en parte porque los entrevistados pertenecen a un grupo etario mayor al promedio de edad, y el acceso a la educación básica en su niñez era menor que el actual; Sin embargo, llama la atención que las mujeres tienen menor acceso a educación universitaria en comparación a los hombres.

GRÁFICA 4: NIVEL EDUCATIVO POR SEXO DE JEFES DE HOGAR ENTREVISTADOS/AS EN LA TUTUNICHAPA III

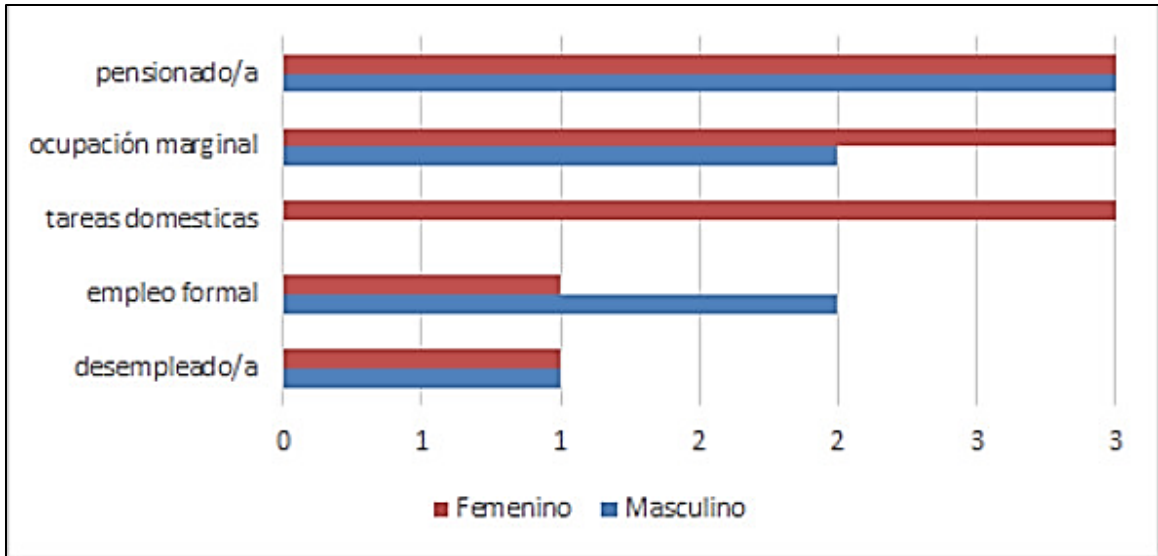


Fuente: Elaboración propia con base entrevistas a habitantes de la comunidad Tutunichapa III.

En tanto a su estado laboral (Gráfica 5): un hombre y una mujer están desempleadas, una mujer y dos hombres tienen empleo formal, tres mujeres son amas de casa, tres mujeres y dos hombres tienen una ocupación marginal, finalmente tres hombres y tres mujeres son pensionados. Si bien, hay varios profesionales con estudios universitarios finalizados viviendo en la comunidad, su nivel educativo no parece influir en cuanto al acceso y calidad de ofertas laborales, ya que solo un licenciado tiene empleo formal; por otra parte, solo mujeres se dedican a los cuidados de la casa, esto indica que el rol de los cuidados está feminizado, así mismo las mujeres tienen menos acceso a trabajos formales, lo

cual también se ve reforzado con que estas sean quienes más ejercen ocupaciones marginales.

GRÁFICA 5: ESTADO LABORAL POR SEXO DE JEFES DE HOGAR ENTREVISTADOS/AS EN LA TUTUNICHAPA III



Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas a habitantes de la comunidad Tutunichapa III.

Para su subsistencia las familias realizan una articulación entre empleo formal y ocupaciones marginales desempeñadas por distintos integrantes del grupo familiar, tales como tiendas de abarrotes, taxistas, soldadores, la elaboración de carrizos para cuetes, elaboración y venta de tortillas, antojitos como enchiladas o empanadas que en ocasiones se desarrolla de manera ambulatoria. Anteriormente había personas que salían a buscar cosas entre la basura que arrastra el río, sin embargo, ya no se practica esta actividad por el bloqueo del acceso al río, y también porque es más fácil integrarse a la práctica del narcomenudeo. Así mismo se recurre a redes de solidaridad y ayuda mutua entre vecinos y familiares, siendo un ejemplo de ellos las personas que viven en casas cedidas por sus familiares, regalos, ayuda con el cuidado de niños e incluso la compra de productos a vecinos pues, si bien se hace un intercambio monetario, la lógica con la que se hace es el intercambio de dones

Después de contrastar los datos de las entrevistas concluyo que las personas de la comunidad Tutunichapa III se ven excluidos de los procesos formales de producción, al punto que incluso quienes han tenido formación universitaria tienen que recurrir a ocupaciones marginales. Sin embargo, las mujeres de la comunidad están en una situación de desventaja estructural respecto de los hombres, por lo cual las familias con más dificultades económicas son aquellas constituidas por dos o más generaciones de madres solteras.

2.2.3. Historia de la comunidad Tutunichapa III

Los siguientes datos han sido recabados mediante entrevistas realizadas en el año 2016 dirigidas a los pobladores de la comunidad Tutunichapa III que llegaron al lugar entre 1965 y 1966 narraban como se ha conformado el espacio del lugar y otra información recolectada en pláticas informales durante el año 2018.

En el año 1965 inició un movimiento migratorio de personas que ya se habían integrado en la trama urbana y que perdieron sus viviendas a raíz de los estragos ocasionados por el terremoto del 3 de mayo del mismo año. En un inicio los primeros pobladores de lo que hoy es la Tutunichapa III se asentaron clandestinamente en el terreno donde actualmente están los lavaderos públicos, sin embargo, debido a que enfrente se instaló una gasolinera fueron obligados a moverse por parte de las autoridades, ya que todas las familias cocinaban con leña y el calor del fuego podría ocasionar algún siniestro. Aproximadamente un año después, las personas de la comunidad decidieron moverse a los límites de un terreno perteneciente al Instituto de la Vivienda Urbana (IVU de aquí en adelante), el cual se extendía desde el antiguo hospital psiquiátrico (hoy el Inframen) hasta la rivera de la quebrada “Arenal Tutunichapa”.

Tres años después la misma institución inicio el proyecto denominado “Lote con servicios” que duró de 1970 a 1973, el cual separó las champas más grandes para lotificar cada terreno de manera similar; y se instalaron los servicios básicos (agua,

luz y plomería); se elaboraron las aceras y las fachadas de las casas, de tal forma que las demás paredes fuesen construidas por cada quien.

Así mismo se implementaron proyectos de desarrollo y capacitación de los pobladores en oficios de panadería, sastrería, y albañilería, siendo las prácticas de estos últimos en la construcción de las fachadas. Esto se realizó así para garantizar que pudieran pagar los 13 colones que se cobrarían mensualmente como pago del terreno que recién les lotificaron. Sin embargo, en opinión de aquellas personas que tenía champas más grandes la medida los desfavoreció porque tenía que adaptarse a un espacio menor al que acostumbraban.

Aproximadamente en septiembre del año 1974, llegó a territorio salvadoreño el huracán Fifi, cuando recién se terminaron de construir los muros de contención en las casas de la Línea Final. La lluvia duró aproximadamente una semana y lavó el muro de tierra de varias casas de la Línea Inicio, sin embargo, solo una de las casas de la Línea Final se vio afectada pues su muro de contención se derrumbó y se perdió una vida humana. Este desastre quedó grabado en la memoria de los pobladores.

En los 80, durante el conflicto armado, varias personas se vieron obligadas a migrar desde distintas zonas rurales del país hacia la colonia Guatemala huyendo de las zonas de conflicto, instalándose con familiares residentes del lugar pero que a lo mejor no llevaban tanto tiempo viviendo en la localidad. En otras entrevistas también ha habido testimonios de que la guardia nacional se había llevado a alguien de la comunidad debido a que algún vecino con quien tenía conflictos le había inculcado de tener relaciones con la guerrilla.

Por otra parte, el terremoto de 1986 causó severos daños en toda la capital, lo cual, según FUNDASAL (2009), frenó el flujo migratorio hacia San Salvador y Ciudad Delgado ocasionado por la guerra, y se redirigiera a otras zonas del actual

AMSS. El desastre del terremoto del 86 también afectó a la comunidad Tutunichapa III, donde varias personas quedaron atrapadas por los escombros.

En estos momentos los vecinos se ayudaron entre sí, dependiendo principalmente por la cercanía espacial, lo cual primó incluso por sobre los lazos familiares, ya que hay casos donde son los vecinos inmediatos, y no los familiares que también viven en la comunidad, quienes brindaban ayuda y víveres. Otro ejemplo de esto lo da Tania, ama de casa de avanzada edad, quien contó que “cuando lluvia y la escuela estaba en construcción, tapaba los desagües y se inundan las casas y les pedía ayuda a las hijas de Merci para sacar el agua

Es aproximadamente durante la década de los 80 cuando inicia el narcomenudeo en la comunidad Tutunichapa, y en la década de los 2000 inicia el conflicto con las maras que provienen de la comunidad del otro lado del río por el control de la venta de drogas en la zona. A raíz de la violencia inició un clima de zozobra y el paso ya no era libre aun para los familiares que visitaban la zona.

Sin embargo, en 2016 la alcaldía de San Salvador, a petición de los vecinos colocó un muro que bloqueaba el acceso al río, esto disipó el conflicto entre ambas organizaciones delictivas, pero aún se teme que las maras puedan reingresar, por lo cual los vecinos instalaron portones que bloquean la entrada a la comunidad. Los habitantes del lugar expresan su preocupación por que la policía atrape a los vendedores de droga locales pues los consideran como su protección ante los grupos pandilleros foráneos, sobre esto Irma, la presidenta de la ADESCO, comentó que “la gente denuncia a los narcos, por eso han habido tantas redadas, pero ellos son los únicos que impiden que las maras se metan a la colonia. Por ejemplo, hace poco llegó uno después de un velorio, a vigiar en un carro si podía entrar.”

2.2.4. Ecología urbana y percepción del riesgo

El saneamiento es uno de los aspectos más importantes a tomar en cuenta al estudiar la proliferación de enfermedades transmisibles, ya que este implica la eliminación de fuentes ambientales de contagio, entre las cuales se encuentran la basura, humo, el manejo de aguas negras y grises, y la erradicación de plagas o animales nocivos, entre los que se encuentran los zancudos.

Iniciemos con la descripción del manejo de la basura. La mayoría de los vecinos deposita la basura en bolsas plásticas, ya sea que las coloquen en un bote de basura con tapadera que se abre con el pie, o colgadas en alguna pared. Actualmente, en la comunidad Tutunichapa III se cuenta con servicio de tren de aseo que pasa con frecuencia, cada dos o tres días dos empleados municipales pasan por los pasajes en un pequeño vehículo recogiendo la basura que los vecinos dejan en los postes de teléfono, sirviendo estos como una suerte de centros de acopio de basura. Cabe agregar que algunos vecinos también botan la basura por el río que se suma a la que es lanzada por otras comunidades río arriba.

Sin embargo, existen dos problemas con el servicio de recolección actual, el primero es que al colocar las bolsas de basura en los postes no ofrece ninguna protección contra los perros que buscan restos de alimentos en ellas y terminan esparciendo la basura, la única medida disuasiva que tienen es amarrar las bolsas y así dificultarles su tarea. El segundo problema se deriva del anterior, pues las personas encargadas de recolectar la basura en la Tutunichapa III sólo recogen las bolsas, pero no la basura que regaron los perros, cosa que sí hacen cuando recolectan basura en el resto de la colonia Guatemala.

Hace 11 años aproximadamente el servicio de recolección de basura funcionaba distinto. Había un contenedor de basura a un lado de las multifamiliares, donde llegaba el camión recolector, posteriormente fue retirado cuando el servicio de tren

de aseo se volvió regular. A pesar de esto las personas siguieron ocupando el mismo lugar donde antes estaba el contenedor como botadero de basura clandestino.

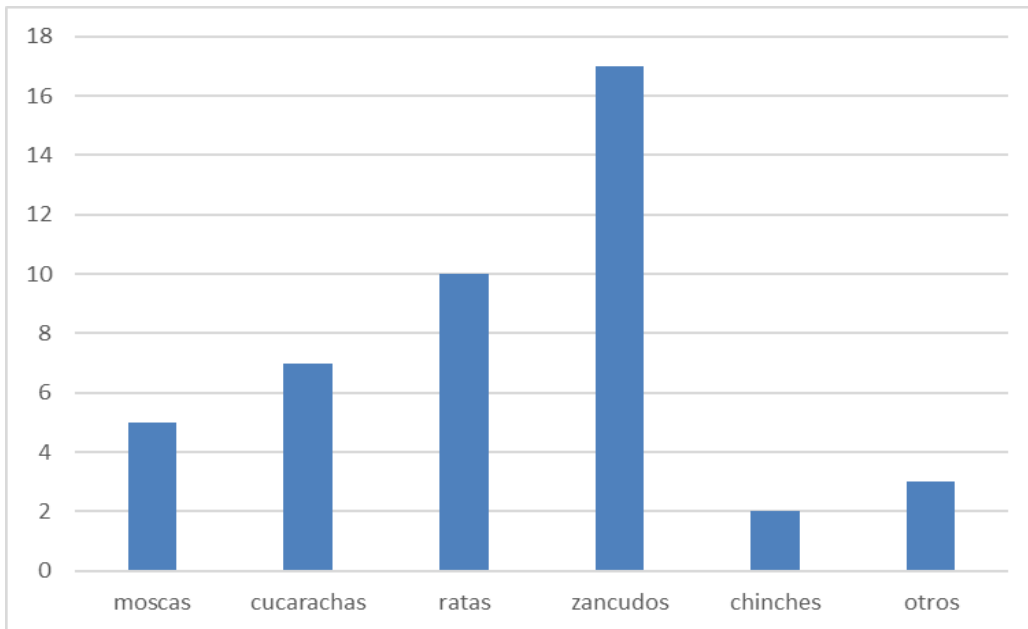
Existen algunas cuestiones morales implícitas en el manejo de la basura. Ejemplo de ello es que, si bien botar basura en la calle, como empaques o envoltorios, es una práctica mal vista, pero que, en la mayoría de los casos, no es sancionada y en realidad se ha normalizado y es muy común. De hecho, la sanción de esta, así como el resto de las prácticas higiene en general, es una cuestión de prestigio social en la comunidad. Un ejemplo de esto ocurrió durante las elecciones de alcaldías y diputados del 2018 cuando Merci, una de las primeras pobladoras y cuya familia a día de hoy es relativamente acomodada económicamente, regañó a su esposo por botar una bolsa de fresco en el suelo a lo cual una vendedora de yuca le dice que es “estricta”.

Las sanciones de este tipo son realizadas mayoritariamente por aquellas personas que buscan marcar una diferenciación de estatus entre sus congéneres, llamándoles “chucos” o “inconscientes”, y a su vez el resto de vecinos les llaman a quienes sancionan como “estrictos” aludiendo a su esfuerzo por seguir las normas sociales al pie de la letra, o “creídos” cuando interpretan dicho reclamo como una búsqueda de marcar una superioridad social y moral. Este aspecto de la moralidad es clave cuando analizamos la construcción social de las enfermedades transmitidas por zancudos, por lo cual lo retomaremos en el próximo capítulo.

Por otro lado, las plagas identificadas por los vecinos en las entrevistas mixtas (Gráfica 6) son los zancudos y las ratas. Las ratas son las plagas con la que mayor rapidez reaccionan para eliminar, mientras que el zancudo tiene varios tipos de reacciones, desde los que se preocupan por mantener todo limpio y aseado y la utilización de la raqueta mata insectos para combatir a los zancudos en etapa adulta, otros se han acostumbrado tanto a los zancudos que ya no les consideran

un problema que deban combatir porque [sic] “de eso siempre hay”. Así mismo, la mayoría de las personas no identifica a la variedad *Aedes Aegypti*, si no que piensan que existe un solo tipo de zancudo que les ataca indiscriminadamente. Finalmente, las aves silvestres que, si bien no son ni nocivos ni domesticadas, ni de consumos varios, vecinos han afirmado tener algún recipiente en el patio con agua para que beban las aves y, en las casas que he podido entrar, he encontrado larvas de zancudo dentro de los bebederos.

GRÁFICA 6: PERCEPCIÓN DE FAUNA NOCIVA EN LA TUTUNICHAPA III



Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas a habitantes de la comunidad Tutunichapa III.

Otro aspecto importante es el manejo de las aguas negras, grises y aguas lluvias. Al respecto, todas las casas cuentan con baños de cañería, que dirigen los desechos presumiblemente al río. Por otra parte, las aguas grises son desechadas por tuberías que envían el agua a la calle. Finalmente, la comunidad cuenta con una tubería central a la que van a parar las aguas lluvias, y que dirige toda el agua acumulada en la escuela al río (Fotografía 10). Así mismo, el río, según personal de la UCSF San Miguelito, es saneado en verano ya que el volumen de agua es

más bajo en esta época del año. Para esto se crea un canal en el medio donde se concentra el exceso de agua y ya no en los bordes, sin embargo, ninguna de las personas de la Tutunichapa III con las que pude hablar ha visto que esto ocurra.

FOTOGRAFÍA10: TUBERÍA CENTRAL DE DESCARGA DE AGUAS LLUVIAS



Fuente: Tomada por Martínez Pedro, estudiante en proceso de grado. 28 de junio de 2019

El río es percibido por los vecinos como el principal criadero de zancudos y propagador de una gran cantidad de enfermedades, pero el discurso del personal médico de la unidad de salud San Miguelito, es que “objetivamente hablando el río no tiene nada que ver con la propagación de las enfermedades transmitidas por el zancudo”, ya que estos prefieren agua estancada que sea relativamente limpia, y el agua del río no solo está en constante movimiento, sino que está

sumamente contaminada. En cambio, enfatizan mucho en los recipientes con agua dentro de las casas.

2.3. EL ARENAL TUTUNICHAPA

“Las fronteras se perciben como una llamada a la curiosidad y la partida. La historia de la humanidad es la del franqueamiento de lo que llamamos las “fronteras naturales” (ríos, océanos, montañas) ... en un sentido inverso, es cierto, la frontera es la amenaza que fascina pero inquieta... la región misteriosa de donde puede surgir el enemigo, la guerra y la muerte. A menudo las fronteras han sido franqueadas por conquistadores que atacaban y dominaban a otros seres, entonces el respeto de las fronteras es una garantía de paz.” (Marc Augé 2012; 13-14)

En apartados anteriores hemos expuesto las características materiales de este afluente, pero en este sub-apartado nos dedicaremos a exponer los componentes simbólicos que giran en torno de este y participan en la forma en que se configura la percepción y aceptabilidad del riesgo ante las enfermedades transmitidas por el zancudo. Aunque lo expuesto hasta acá sobre la relación del Arenal Tutunichapa (Fotografía 11) con la comunidad puede llevar a suponer que los pobladores se refieren a este por “Arenal Tutunichapa”, en realidad esto no ocurre, simplemente le denominan "el río". De hecho, la mayoría de las personas piensa que el río no tiene nombre, salvo algunos vecinos que han trabajado en la Alcaldía Municipal de San Salvador o algunos miembros de la junta directiva que han sido activos en su gestión, y otras personas lo confunden con otros afluentes.

FOTOGRAFÍA 11: RÍO ARENAL TUTUNICHAPA



Fuente: Tomada por Martínez Pedro estudiante en proceso de grado. 28 de junio de 2019

Las palabras de Augé encuentran un eco en este caso de estudio, puesto que el Arenal Tutunichapa no solo representaba el límite de un antiguo terreno estatal, o la separación física de la Tutunichapa III con la colonia Amaya⁹, si no que en efecto el río ha constituido una frontera natural de donde proviene la mayoría de males, por no decir todos, que aquejan a la comunidad. Esto se ve claramente con los discursos sobre las maras foráneas que provenían del otro extremo del río y que no cesó hasta que se bloqueó el acceso a este, al respecto una mujer habitante del sector El Hoyo dijo “[susurrando] Fue para que los bichos [pandilleros] no se siguieran metiendo desde el otro lado del río”; sin embargo el delito común continuó según comentó la presidenta de la ADESCO en 2018: “una mujer se mete [a las casas] por el lado del río a robar”

⁹ También conocido como Los Naranjos

Así mismo del río provienen un gran número de plagas y enfermedades, por ejemplo, Daniela, hija de Merci, contó una anécdota que le ocurrió con su hermana Carla en su infancia durante los años ochenta. Las hermanas solían cruzarse el río para verse con amigas que vivían en el otro lado del río, para esto, pese a que existía un pequeño puente de cemento más arriba, ellas preferían hacerlo de otra manera: Daniela, quien, pese a ser la menor era la más robusta de las dos, se ponía las botas de hule de su padre quien era empleado de la alcandía y llevaba en sus hombros a su hermana Carla por el río. Sin embargo, en una ocasión cuando estaban cruzando vieron flotar un pedazo de heces presumiblemente humanas, entre risas Daniela me dijo que gritó “¡Ah, un cerote de caca!”, del susto perdió el equilibrio y ambas hermanas cayeron sentadas en medio del río sucio; a raíz de esto Daniela contrajo hongos que se extendieron en sus pies que tuvieron que ser curados por un médico, procedimiento que según Daniela fue doloroso.

Otro ejemplo es la historia del niño que arrastró la corriente (Fotografía 12 y Fotografía 13). Los vecinos cuentan que un niño estaba parado encima del muro de contención de la casa de sus vecinos, el cual había sido construido unos meses atrás, sin embargo, con las lluvias toda la tierra del patio se aflojo y el niño cayó al río y fue arrastrado por la corriente. Este constituye una de las experiencias excepcionales que los pobladores del lugar experimentaron, sin embargo, también existen otro tipo de relaciones, locales y nacionales, de carácter cotidiano que influyen en la forma en que los sujetos se relacionan con el Arenal Tutunichapa como la guerra y los problemas económicos.

FOTOGRAFÍA 12: EL RÍO ANTES DE LA LLUVIA



Fuente: Tomada por Martínez Pedro estudiante en proceso de grado. 28 de junio de 2019

FOTOGRAFÍA 13: EL RÍO CRECIDO DURANTE LAS LLUVIAS



Fuente: Tomada por Martínez Pedro estudiante en proceso de grado. 28 de junio de 2019

Todas estas observaciones se sintetizan en el poema elaborado por Jesús Martínez¹⁰, ex residente del lugar, titulado “Acelhuat” el cual está dedicado al río Acelhuate, aunque en realidad se inspiró en las vivencias y anécdotas de su familia con la quebrada “Arenal Tutunichapa”. Para entender el sentido completo del texto debemos conocer las dos razones por las que el título termino de esa forma: 1) La primera fue que el autor pensaba que se trataba del río Acelhuate. En realidad, el Tutunichapa es un afluente o un río tributario del Acelhuate, y Martínez no se dio cuenta de ello hasta hacer una revisión de planos y croquis que mostraban la hidrografía de la zona; 2) La segunda razón por la que el título del poema quedo como “Acelhuat” es que, en las propias palabras del autor, “el poema se fue haciendo cada vez más grande y ameritaba abarcar al Acelhuate y no solo al Tutunichapa”, lo cual le permitió retomar el tema del conflicto armado que no se vivió con la misma intensidad en la capital que en el resto del país. Para él esto pudo ser importante debido a que se crio en una de las pocas familias consideradas de Izquierda en la Tutunichapa.

A continuación, realizaré un análisis del poema. Dividiré el poema en dos partes: La primera parte habla de la contaminación y corrupción del río, estableciendo su figura como frontera peligrosa; y la segunda parte que funciona como una reconciliación con el río. Estas últimas dos partes serán en las que centro el estudio del poema. Cabe aclarar que no haré hincapié en la descripción física del río ya que, como dije anteriormente, no hacen referencia al Arenal Tutunichapa si no al Acelhuate.

¹⁰ En aquel entonces Jesús era estudiante de quinto año de Medicina. Integrante del Taller Literario Delira Cigarra de Quezaltepeque. Coordinador del Encuentro Nacional de Talleres Literarios en El Salvador. Primer Lugar del IV Certamen Letras Nuevas, género Poesía (2009). Cabe aclarar que Jesús es mi hermano mayor y me mostraba sus avances en el proceso de escritura de este poema, y que al escribir el texto él ya no vivía en La Tutu.

Acelhuat

1. Naciste del Hiloapa
2. y del Garrobo
3. y de las venas
4. que ofrendaron su sangre.
5. Salvaje corrías por los montes
6. que abrieron sus vientres poderosos,
7. con fuerza golpeabas al Lempa,
8. como niño feliz
9. derrotaste las piedras,
10. jugabas por el pecho de la tierra,
11. a tu paso fecundabas el suelo,
12. entregabas tu amor infinito.
13. Vigoroso te extendías
14. de Coxcatan a Soyapanco
15. de Ayutuxtepec a Suchitoto.
16. Cargas en tu espalda
17. al Tutunichapa-Tomayate,
18. Guazapa y Tasajera
19. abrazan tu costado.
20. ¡Como oigo resonar
21. tu nombre en estampida!
22. Envenenaron tu piel,
23. te convirtieron en un charco
24. loco de hedor y de excremento.
25. Cómo pudiste acoger
26. tanto y tanto muerto.
27. Cómo fuiste cómplice
28. del terrible asesino,

29. del traidor que ataca por la espalda.
30. Por qué ocultaste los cuerpos
31. de hombres que te amaban
32. diluyendo su esencia cristalina.
33. Perdiste
34. tu clara transparencia,
35. tus sesenta y dos kilómetros de espejo,
36. los peces huyeron de tu cuerpo
37. y tus aguas limpias y sencillas
38. se tornaron turbias y asesinas.
39. Por eso
40. inundas cuando sangras
41. y tu nombre asusta
42. a los viejos y a los niños
43. porque toda tu fuerza
44. de río indomable
45. esta estancada
46. entre la culpa y la mentira.
47. Pero eres mi río
48. y el río de mi madre,
49. el que no se llevó
50. la casa de mi abuela,
51. el que regó los mangos y las moras
52. con que aplacaron el hambre
53. mis hermanos y mis tíos.
54. Abuelo río,
55. dame tus ocultos secretos,
56. tu dolor cotidiano,
57. tu soledad,

58. tu edad sin memoria
59. para andar
60. por tu cauce tumultuoso.
61. Abuelo río,
62. dame tu voz
63. y tu antigua espuma
64. para cantar
65. con tu amor caudaloso.

El poema es un homenaje al río que ha caído en desgracia, veremos que el autor realizó una metáfora en la cual el río se representa por medio del ciclo de vida de un hombre en decadencia, pasando de niño a un anciano en el rol de abuelo que a pesar de haber sido corrompido se llega a una reconciliación con este al empatizar con su sufrimiento.

Dicha decadencia es resultado de “la complicidad” pues en el río se encontraban los cuerpos humanos producto de la violencia de la guerra que a su vez estalló por las contradicciones de un sistema inequitativo, excluyente y explotador tanto para los seres humanos como para la naturaleza. Así esta degradación lo ha convertido en un vertedero de aguas negras y fosa común¹¹ que produce una de las características del río que ha marcado la experiencia más cotidiana de las personas que viven en la comunidad Tutunichapa III, el olor que emana el cual, si bien pueden llegar a acostumbrarse y normalizarlo, se intensifica especialmente cuando sopla el viento y vuelve a ser percibido. En este sentido, identifiqué una asociación de ideas entre “muerte”, “suciedad”, y un “otro violento” (enemigo, foráneo, asesino, dictaduras y agentes represivos) a la cual se le suma la metáfora

¹¹ Esto también puede interpretarse como un mecanismo de terror simbólico utilizado por la guardia nacional en donde las personas son igual de desechables que los excrementos.

de los peces huyendo del río como una metáfora de la vida que ya no puede albergar, haciendo alusión a la migración forzada durante el conflicto

Otro aspecto importante es la percepción del riesgo hacia el río, que se traduce en el miedo a inundaciones y en lo que constituirán las personas que son prioridad cuidar “a los niños y los viejos”, por afirmaciones hechas por el autor también podemos relacionar con el caso del niño que se llevó la corriente.

Sin embargo, hay una nueva ruptura con el tono del poema en la cual se da una reconciliación con el río a partir de reconocer la identidad con la familia materna, evocando los problemas más cotidianos para la época, las inundaciones y el hambre, lo cual se traduce en buscar distintas estrategias para solventar los problemas económicos de los grupos familiares.

Este fragmento es el que está más inspirado en vivencias del autor en su niñez, en concreto cuando dice “el que regó los mangos y las moras” hace una referencia a una anécdota familiar: en una ocasión una de sus tías más jóvenes quedó encargada de cocinar el almuerzo de ese día y decidió preparar sopa de mora, entonces mandó a su hermano a pedirle unos pocos ingredientes a su hermana mayor (la madre del autor) que vivía a unos 100 metros de distancia, primero pidieron cebolla, luego regresó a pedir tomates, luego ajos, etc. Hasta que después de varias idas y venidas mi tío le preguntó “mira... ¿y tenes mora?”.

La escasez de recursos en aquella época obligaba a las personas de la Tutunichapa III a suplir sus necesidades ya sea por las redes de solidaridad y ayuda mutua como en el caso de esta anécdota, pero también se solía ir a los mercados a darle la vuelta a los botes de basura para recoger aquella comida que aún estuviera en buen estado. Finalmente, a partir de los últimos versos podemos decir que, si bien este estilo de vida es dolorosamente cotidiano, por parafrasear un poco el texto, a su vez ha generado un cierto grado de identificación con lo marginal representado a través del río.

Considerando que el río es percibido como el principal criadero de zancudos, así como de otros animales dañinos como moscas y cucarachas uno de los elementos principales en los discursos sobre las enfermedades transmitidas por zancudos. Es de esta forma que el Arenal Tutunichapa se ha constituido en el imaginario comunitario como el elemento principal que condiciona su estatus de “colonia marginal”, porque se pueden realizar muchas mejoras, pero, en palabras de uno de los pobladores “El río no lo pueden quitar”. Sin embargo, el río y la vida dura de la marginalidad también ha generado elementos simbólicos potencialmente cohesionadores.

CAPITULO N°3

LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ZANCUDOS EN LA COMUNIDAD TUTUNICHAPA III

3.1 PERCEPCIÓN DE DENGUE, CHIKUNGUNYA Y ZIKA EN LA TUTUNICHAPA
III

3.2 MODELOS DE ATENCIÓN EN LA TUTUNICHAPA III

3.3 PRESTIGIO

CAPITULO N°3

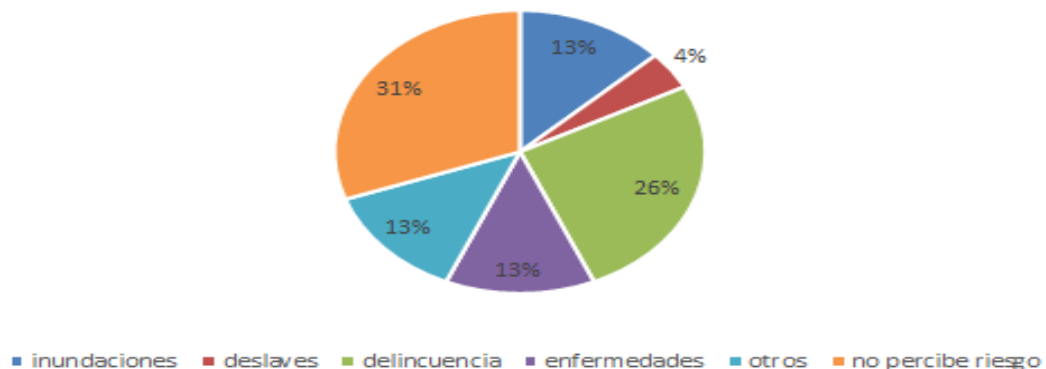
LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ZANCUDOS EN LA COMUNIDAD TUTUNICHAPA III

Este capítulo estará enfocado en describir la manera en que los componentes simbólicos e histórico-materiales de la dinámica sociocultural en la Tutunichapa III median la forma en que se perciben, atienden y transmiten las enfermedades transmitidas por el zancudo, y han propiciado la alta morbilidad de estas.

3.1 PERCEPCIÓN DE DENGUE, CHIKUNGUNYA Y ZIKA EN LA TUTUNICHAPA III

Los tipos de riesgos más reconocidos por los habitantes de la comunidad Tutunichapa III para el año 2019 fueron las enfermedades en general, las inundaciones y la delincuencia. Esta última fue reconocida por el doble de personas que las otras dos, sin embargo, es superada por el número de personas que no reconoció ningún tipo de riesgo. Cabe aclarar que en esta sección de la entrevista mixta más de una respuesta era aceptable y la gráfica (Gráfica 7) siguiente corresponde a las respuestas proporcionadas, por lo cual no expresa el total de las personas entrevistadas.

**GRÁFICA 7. PERCEPCIÓN DEL RIESGO EN LA COMUNIDAD
TUTUNICHAPA III**

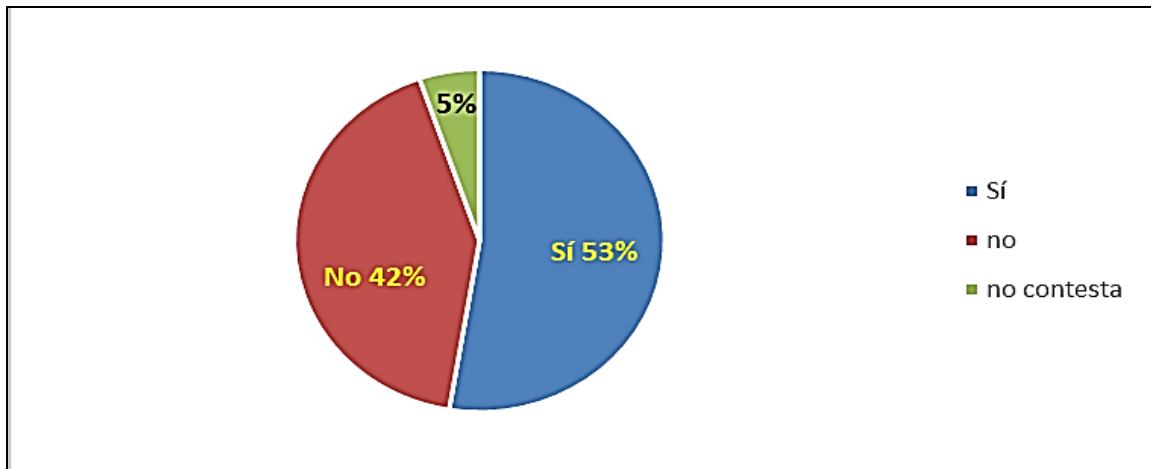


Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas a habitantes de la comunidad Tutunichapa III.

De estos datos se puede inferir que: 1) La aceptabilidad del riesgo de las personas que viven en la comunidad es alta; 2) el narcomenudeo local y su disputa territorial con las maras foráneas, así como la violencia subsecuente, es el tipo de riesgo más advertido en la comunidad; 3) las enfermedades e inundaciones en este sentido caen en el fenómeno de la aceptabilidad del riesgo debido a que se ven desplazadas por los otros riesgos.

La aceptabilidad del riesgo de las enfermedades en general también se traslada a aquellas que transmiten los zancudos, especialmente luego de 3 años desde el fin de sus epidemias, de modo que al preguntar a los habitantes de la Tutunichapa III sobre si ¿Es posible el regreso de estas enfermedades? El 42% dijo que no(Gráfica 8).

GRÁFICA 8: PERCEPCIÓN DE REEMERGENCIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR EL ZANCUDO EN LA TUTUNICHAPA III



Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas a habitantes de la comunidad Tutunichapa III.

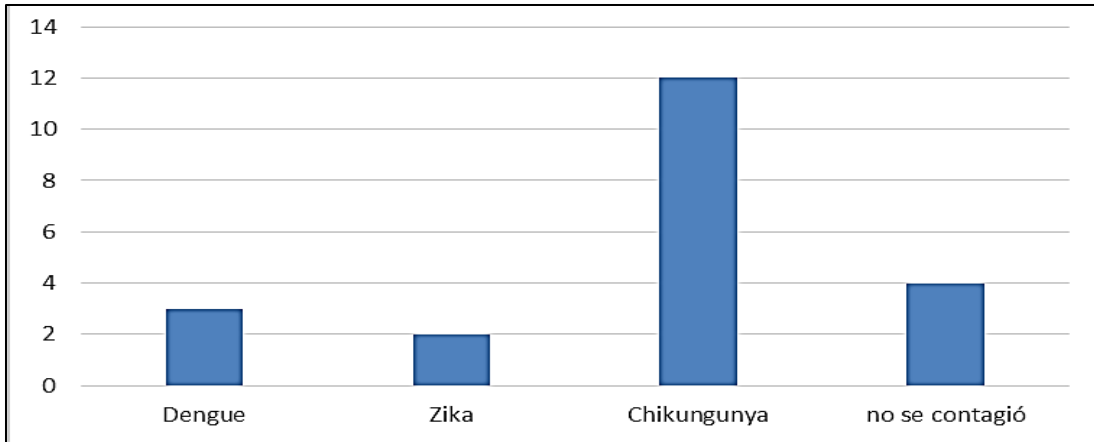
Al mismo tiempo, la aceptabilidad de las enfermedades transmitidas por el zancudo está relacionada con las experiencias personales y familiares de cada persona, un ejemplo de esto ocurrió durante el Viernes Santo del 2018: este día visité por primera vez la zona de El Hoyo y me encontré con Marlene quien descansaba del calor vespertino en una silla de jardín que colocó frente a su casa,

luego de presentarme le pregunté si alguien de su casa había contraído una enfermedad que transmite el zancudo, a lo cual aseguró que ni ella ni sus familiares se enfermaron. Sin embargo, su cuñado Ariel, quien escuchó la plática desde el interior de su casa, salió expresamente para corregirla diciendo que [sic] “cuando estuvo dando bastante” todos los integrantes de su familia se enfermaron, con excepción de Marlene, e incluso llegó a mencionar que una de sus familiares tuvo hinchazón, dolor de extremidades y dolor de garganta, aunque sin picazón.

En este mismo sentido Nanci, mujer joven estudiante de psicología que vive en la colonia Guatemala pero se crió con su abuela en la Tutunichapa III, comenta que: “Sí, he escuchado hablar [del Zika], pero si te soy sincera, no es como que... lo haya tomado... cómo decirte... como importante para poderlo saber ya que siento yo que como las personas hasta que nos pasa, es como que tomamos importancia a las cosas, entonces, como en este caso nunca me ha pasado ni a mi familia pues creo que no te podría dar mucha información.”

Por otro lado, la mayoría de personas entrevistadas reconoce al zancudo como transmisor de las tres enfermedades (17 de 19), pero cada una es percibida y alertada de manera distinta por la población. Por ejemplo, el Chikungunya es indiscutiblemente la enfermedad más reconocida en la Tutunichapa III ya que la mayoría de personas consultadas dijeron haberse enfermado de esta; en cambio la cantidad de personas que dijeron haberse contagiado de dengue y zika, fue mucho menor, al punto de ser superadas individualmente por las que dijeron no haber escuchado o contagiado de éstas 3 enfermedades (Gráfica 9). Nuevamente, esta sección de la entrevista era de opción múltiple.

GRÁFICA 9: PERCEPCIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ZANCUDOS



Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas a habitantes de la comunidad Tutunichapa III.

Esto se explica parcialmente por los aspectos demográficos de la población, pues la edad promedio de las personas consultadas en las entrevistas es de 58 años, por lo cual muy probablemente el dolor crónico provocado por las secuelas del chikungunya marque la forma en que la mayoría de la población lo padece y por tanto el énfasis que ponen en este. Ejemplo de esto son los testimonios de un hombre y una mujer mayor; Brayan quien es técnico en aviación jubilado y actualmente se desempeña como taxista, comenta: "para cuando lo del chikungunya, bueno, ya llevaba sonando un rato... gran dolor de huesos y gran frío pero con calentura... gran dolor, como si me hubieran verguiado, lo peor es que hasta para ir al baño costaba"; así mismo, Lizbeth, ama de casa de 63 años comenta que incluso luego de más de 2 años de haber enfermado los dolores en los brazos siguen regresando, especialmente cuando hace el oficio en su casa. Llama mucho la atención las distintas formas en que describen su dolor, mientras el primero se refiere a este con el símil de la violencia física, la segunda lo hace enfocándose más en la dificultad para realizar sus labores domésticas, la cual es una forma de la autoatención.

Sin embargo, el chikungunya también es advertido por población entre los 20 y 40 años, lo cual queda evidenciado en entrevistas realizadas en 2016. Tal es el caso de Inés, ama de casa de mediana edad, quien cuenta lo siguiente “me enfermé de chikungunya, fue el año pasado [2015] como en junio creo... me daba mucha fiebre, pase tres días con fiebre, me duró como una semana por todo pero tres días más intensos porque no podía caminar”; así mismo Pepe, quien es estudiante de medicina de 24 años, afirmó que “la chikungunya lo que me paso es que me empezó con una gran fiebre y dolores en las articulaciones, me dolía este la muñeca, me dolía la articulación del codo y me dolía también este por ejemplo la espalda, me dolía bastante ¡heee!, y me acuerdo de que este que no me daban ganas de comer nada, pero como en ese tiempo estaba en parciales estaba más afligido por el examen que por la misma enfermedad”.

Por tanto, es necesario considerar otras posibles razones además de la edad promedio de las personas entrevistadas y su experiencia con la enfermedad por las que el chikungunya es más advertida en la comunidad Tutunichapa III que el dengue y el zika, aunque estas razones no son excluyentes entre sí. Por un lado, podemos pensar en razones de carácter predominantemente biológico como que los zancudos de la localidad se hayan infectado casi exclusivamente de chikungunya, por lo cual esa fue la que más se difundió. Sin embargo, esta explicación implica ampliar a una investigación interdisciplinaria con un mayor énfasis en lo biológico del que este estudio puede ofrecer

Al mismo tiempo, existen otras explicaciones de carácter eminentemente social como: que los médicos tenían una preferencia por diagnosticar chikungunya por sobre las demás enfermedades transmitidas por el zancudo o incluso el resto de enfermedades febriles; que reconocimiento de la enfermedad se dio de forma social, es decir, la mayoría de las personas no fueron a consultar si no que observaron los síntomas de las demás personas a su alrededor que eran parecidos a los suyos, y los diagnósticos que les dieron los médicos, así

supusieron que tendrían chikungunya; que las otras enfermedades se percibieran socialmente como variaciones en la sintomatología que produce el chikungunya. A continuación, desarrollaré únicamente esta última explicación social ya que las dos anteriores serán retomados en el próximo apartado.

El argumento de que el dengue y el zika se percibieran socialmente como variaciones en la sintomatología que produce el chikungunya lo justifico en testimonios como el de Pepe, para quien los síntomas entre la chikungunya y el zika eran parecidos, afirmó que se enfermó de ambas en diciembre de 2014 y 2015 respectivamente, en época de parciales de fin de año, sin embargo, aclaró que nunca ha contraído dengue. El chikungunya le empezó con una gran fiebre y dolores en las articulaciones y pérdida de apetito, con el zika tenía los mismos síntomas más dolor de cabeza, también afirmó “en las dos enfermedades era que me dio rash, tanto en la chikungunya como el zika y al final los brazos los tenía llenos de manchas apues así fueron los síntomas”.

Sin embargo, un síntoma diferencial para identificar al zika para Pepe fue la conjuntivitis: “me dolía el tobillo... como en la facultad de medicina tienes que subir varias escaleras para llegar a clases me acuerdo que me iba doliendo cuando subía cada grada, hasta que un compañero me dijo “mira andas los ojos bien rojos” y si conjuntivitis”, no obstante es necesario recordar que es estudiante de medicina y por ello es más sensible a la diferenciación entre estas enfermedades.

Por otra parte, al preguntarle a Nancy sobre si se había enfermado de alguna de las 3 enfermedades contestó “Fíjate que para serte sincera no, nunca, porque... bueno, a menos que tomes en cuenta que digamos... el Rash, bueno ese si lo tuvo mi hermano y yo, pero no fue más allá, sino que simplemente esa molestia y fiebre nada más. Ah, no sé si abarcaría... Pues fíjate que el chikungunya no sé mucho porque o sea, como es algo nuevo, pero es más que todo lo mismo que decían que era lo de las ronchitas que se llama rash”. Esta descripción de “síntomas leves” de chikungunya que “no fue más allá” bien podrían haber sido

zika confundiéndose por la similitud entre ambas enfermedades y la falta de información sobre estas dos nuevas enfermedades, conviene recordar que previamente mencioné que Nancy desconoce los síntomas del zika. El hecho de que en estas entrevistas nadie haya mencionado al dengue sugiere que en efecto se está confundiéndose con el chikungunya.

Por su parte el dengue es reconocido por una cantidad a penas mayor de personas que el zika, lo cual es problemático pues en la actualidad es la que tiende más al alza. Llama la atención que no sea la más reconocida puesto que fue endemia durante 15 años, y se han hecho varias campañas de educación sobre este, por ejemplo para Nancy los síntomas del dengue varían dependiendo de si es clásico o hemorrágico y pueden ser sangrado de nariz, diarrea, vómito, fiebre alta, dolor muscular y dudó si también provocara dolor de huesos; al ver que conocía bastante sobre los síntomas descritos por la biomedicina le pregunté cómo obtuvo dicha información, a lo cual contestó “Pues fíjate que un momento en tele que vi fue como bastante los anuncios, como se propagó bastante, digamos, esa enfermedad en una ocasión. Pues así es como lo adquirí por medio de los medios de comunicación. Ah, y también que mi mamá es como que “si te pasa eso avísame porque puede ser indicios de esto” y cosas así. Pero más que todo informativo, no es como que yo me haya dedicado a buscar la información jaja”.

Lo anterior puede que sea una de las causas por las que casi ninguna persona reconoció haber enfermado de zika o dengue, sin embargo, cuando analizamos los datos de esta pregunta de la entrevista mixta contrastándola con el sexo de las personas entrevistadas encontramos una relación interesante. Si bien en la percepción del riesgo en ambos sexos el chikungunya fue predominante, solo un hombre identificó una de las otras dos enfermedades e incluso de las 4 personas que no identificaron ninguna enfermedad 3 eran hombres; sin embargo, en el caso de las mujeres 4 de ellas identificaron al dengue o al zika a lo cual se debe agregar

que tres de ellas eran madres solteras de entre 50 y 75 años, las cuales cuidaban a sus hijas y nietos.

En este sentido, un punto relevante de la anterior cita de Nancy el rol de su madre en la identificación del dengue fue muy importante. Así mismo, podemos encontrar otro ejemplo en el caso de Lizbeth quien vive junto con su hija Rina y el hijo de esta, al preguntarle si algún familiar suyo se había enfermado contestó que "Al niño ya le dio zika y chikungunya a la vez, le dio zalpullido en los pies". Todo esto sugiere que las mujeres reconocieron más enfermedades que los hombres debido al rol de los cuidados que se les asignan, y aquellas personas que se reconoce socialmente como necesitadas de cuidados por ser vulnerables a las enfermedades transmitidas por zancudos son los adultos mayores y los niños.

3.2 MODELOS DE ATENCIÓN EN LA TUTUNICHAPA III

A continuación, caracterizaré el pluralismo médico presente en la comunidad Tutunichapa III. Como mencioné anteriormente el "pluralismo médico" se refiere a que en nuestras sociedades la mayoría de la población utiliza potencialmente varias formas de atención intencionales (modelo de atención) no sólo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud, dichas articulaciones se desarrollan a través de diferentes dinámicas transaccionales dentro de relaciones de hegemonía/subalternida, lo cual es una construcción histórica e ideológica, por tanto, es necesario comprender el desarrollo del control social y simbólico que ejerce la perspectiva biomédica sobre el resto de formas de atención, así como las resistencias que estas otras desarrollan (Menéndez, 2003; Pizza, 2005).

En general las personas que viven en la Tutunichapa III escogen no ir a consultar a ningún curador profesional cuando se sienten enfermas, exceptuando cuando adolecen los niños o los adultos mayores, para quienes buscarán atención alópata; en cambio las personas en edad de trabajar buscan medicamentos

recomendados por médicos, aunque no cumplen con exactitud las dosis que recomiendan para cada paciente. Estas prácticas están relacionadas con varios aspectos:

- 1) Debido a que buena parte de las familias obtiene sustento totalmente o complementariamente de trabajo informal están obligadas a no dejar de trabajar pues de lo contrario perderían insumos valiosos (dinero)
- 2) Suelen reconocer sus enfermedades socialmente, aunque utilizando algunos términos provenientes de la biomedicina, y atendiéndolas mediante automedicación
- 3) Como mencioné antes, se considera a que los niños y adultos mayores como más vulnerables a las enfermedades y puede que no logren sobrevivir a la enfermedad sin ayuda, a diferencia de los jóvenes y adultos plenos, por lo cual se prioriza en su atención sobre el resto
- 4) se culpabiliza a los familiares cercanos por los daños a su salud, y por tanto se apegan al mandato de llevarlos a consultar, esto desvía la atención de las condiciones materiales de vida que causan y agravan sus padecimientos.

Las enfermedades transmitidas por el zancudo afectan directamente a las personas con trabajo informal pues en estas no pueden darse el lujo de tomar incapacidades ya que, si descansan no conseguirán ingresos para su subsistencia y la de sus familias. Esto también puede dar otra explicación sobre el porqué el chikungunya es la que tiene mayor relevancia entre las tres enfermedades, ya que el síntoma principal con el que se promocionó era un fuerte dolor de cuerpo y articulaciones, que imposibilitaba el trabajar. Por otra parte, aunque muchas familias afirman que las labores de cuidado a enfermos son repartidas entre todos los miembros de la familia, es importante recordar que hay varias familias que

están compuestas por dos o más generaciones de madres solteras por lo cual siempre hay una carga extra sobre estas.

La inculpación cobra relevancia al ver que el énfasis de la campaña de educación para el zika está en los riesgos de microcefalia en los bebés y explica por qué las madres solteras de la Tutunichapa III fueron las únicas en reconocer al zika como riesgoso. Esto ejemplifica como la culpa es asignada a los seres queridos próximos del enfermo, y se le suma la desigualdad de género expresada en la asignación del rol de cuidadoras a las mujeres, y por lo cual, en caso de que un familiar enferme de gravedad, suelen opinar [sic.] “y acaso no tenían una mamá que los cuidara” entre otras expresiones similares. La desigualdad por genero también obstaculiza si las mujeres son las únicas proveedoras económicas de sus familias pues les da una doble jornada de trabajo (productivo y reproductivo). Si bien no plantee este trabajo desde la perspectiva de género, pretendo retomarlo en futuras investigaciones pues tiene implicaciones importantes en el modelo de autoatención.

Por otra parte, al preguntarles ¿Si alguna vez habían buscado otras formas de atención para las enfermedades transmitidas por el zancudo además de la biomédica como ritos cristianos de sanación, herbolaria, homeopatía, curanderos o sobadores? En general reaccionaban de manera despectiva a todas las opciones y afirmaban que solo se atendían con médicos o medicamentos por estos, afirmando que las otras formas eran propias de cuando se vivía en el campo. Sin embargo, en conversaciones informales varias personas admitieron que en su época de juventud si asistieron a sobadores (conviene recordar que hubo varias olas de migración a mediados del siglo pasado) pero aclaran que en la actualidad las personas que la realizan no son tan habilidosas como las de antes.

Realmente no hay muchas personas que utilicen, por propia iniciativa, remedios caseros, tradicionales o de herbolaria para tratar estas enfermedades; son de

hecho los médicos de la unidad de salud San Miguelito quienes recomiendan la ingesta de mango para aliviar el dolor y la inflamación de las articulaciones. Esto es una muestra de cómo los modelos de atención son dinámicos y que las personas buscan atender sus problemas de salud a través de aquellos saberes que les sean más eficaces y prácticos en su contexto social, económico y cultural.

Así mismo, otra de las razones por la consulta médica se realiza con el objetivo de conseguir medicinas gratuitas, pues, como mencionamos antes en su mayoría tienen claridad del diagnóstico antes de consultar. Sin embargo, los distintos centros de salud pública recetan acetaminofén de manera casi exclusiva para un gran número de enfermedades, lo cual es percibido por la población, como un sinónimo de escasez de medicamentos, donde [sic.] “se receta eso porque no hay nada más” y por lo cual desean poder acceder a medicina privada pues según las personas de la tutunichapa III [sic.] “ahí si ayudan” ya que recetan otro tipo de medicamentos.

Un caso que ejemplifica perfectamente lo dicho hasta aquí es el de Araceli. Ella es una mujer de mediana edad muy morena ya que, al no tener trabajo formal, mantiene una venta ambulante de antojitos y se asolea mucho, también complementa sus ingresos con una tortillería y tiendita; vive junto a su madre, una hija de 18 y sus nietos y afirma que cuando alguien de su familia se enferma le cuidan entre todos. Al preguntarle su opinión sobre la atención en la unidad de salud contestó "allá es bien jodido porque solo te dan acetaminofen, como no hay otra cosa, y de ahí solo te dicen que si eso no sirve que regreses en 8 días... y ¿cómo vamos a otro hospital caro [privado]? que ahí si dicen que ayudan".

Es necesario aclarar que la teoría biomédica que justifica recetar solo este medicamento en que otros analgésicos como el ibuprofeno empeoran el sangrado interno en el caso del dengue, a su vez, el diagnóstico de esta enfermedad es complicado ya que comparte varios síntomas con el chikungunya, el zika y otra

gran cantidad de enfermedades febriles, así que, de forma preventiva, solo se receta acetaminofén por ser la medicina más benigna.

Sin embargo, no todo el personal de salud entrevistado conocía esta explicación, incluso médicos, algunos llegaron a atribuirlo a decisiones políticas del gobierno (al menos del 2016 a 2019); es interesante ver como el criterio biomédico para recetar acetaminofén no está bien difundido aun en el gremio médico a pesar de promulgar una concepción monolítica de “Ciencia”.

Por otro lado, en conversaciones informales algunos médicos se quejaron de cómo este tipo de acciones que ponen en riesgo la vida de la población son realizadas en su mayoría por colegas que trabajan en el sector privado con tal de conseguir un mayor ingreso, tal es el caso de Iván quien afirmó que “un médico responsable solo receta acetaminofén a las fiebres porque es el medicamento menos agresivo para el cuerpo en el caso de estar enfermo de dengue, ya que no se puede diferenciar cual enfermedad produce la fiebre”.

Ante esto puedo suponer que la percepción de mayor eficacia en la medicina privada puede deberse a la mayor atención que se le pone al paciente durante la consulta, así como el recurso simbólico de utilizar otros medicamentos (aunque en realidad sea dañino). No obstante, es innegable que esto implica un avance ideológico importante al proyecto privatizador de la salud global liberal.

3.2.1 Zancudos metidos y río sucio: ecos de la moral hegemónica en la prevención de los excluidos urbanos.

Finalmente hablaré sobre la prevención, este es un aspecto fundamental para la reflexión que propongo ya que es aquí donde resalta más la asignación de culpas, cabe aclarar que hay varios elementos que he tratado en el capítulo 2 en el apartado de ecología, pero acá profundizaremos en los testimonios sobre esta relación ecológica en la prevención del dengue, zika y chikungunya.

Cuando se le pregunta al personal de salud sobre la razón por la cual se reproducen las enfermedades transmitidas por el zancudo en la comunidad Tutunichapa III suelen contestar [sic.] “porque la gente es chuca [sucia] y no limpia las pilas” y argumentan que el río no tiene nada que ver con esto ya que es agua que se mantiene corriendo constante mente, también esta tan contaminado que no puede albergar vida, ni siquiera la de zancudos y, como mencioné anteriormente, se supone que es saneado todos los años por la alcaldía para que no se creen charcos de agua como criaderos de zancudo, aunque ningún vecino ha atestiguado esto.

Las entrevistas realizadas en 2016 al personal de la UCSF San Miguelito que realiza trabajo en el territorio nos proveen ejemplos de esto. Un promotor de salud afirmó que las enfermedades palúdicas persisten porque "las personas piensan que quien está obligado a controlar el problema es el gobierno, no ellas mismas, y por no tener tiempo no limpian las pilas... pero si para ver la novela... el dengue no quiere ciencia, sino conciencia... aunque la unidad de salud abarca 18 km solo visitamos ciertos lugares y no salen de ahí porque las infecciones se encuentran en las mismas casas y con las mismas personas de veces anteriores... debería sancionarse a las personas con criadero como manda la ordenanza de la alcaldía”.

En la misma sintonía el Director de la UCSF San Miguelito de aquel año afirmó que el dengue se reproduce por corresponsabilidad social y que "la gente quiere que el ministerio llegue a botarles el agua de la pila". Sin embargo, también existen prácticas populistas de la política formal que utilizan la salud y el saneamiento como estrategia de propaganda electoral, por ejemplo, Merci contó el día de las elecciones municipales de 2018 que “Durante la campaña de alcaldes Neto Meyson mando a fumigar la comunidad y salieron muchas cucas muertas, pero no zancudos porque estos se meten desde el río”

Las opiniones que inculpan las personas enfermas de su propia enfermedad fueron generalizadas entre el personal de salud, sin embargo, solo un promotor manifestó una opinión disidente: "los integrantes del personal de salud se acomodan a no hacer una retroalimentación y hablar con la gente... hay un riesgo en el uso de abate o fumigación, esta última genera enfermedades respiratorias y ambas diezma las distintas variedades de zancudo que pueden ser beneficiosas pues se alimentan de larvas de otros zancudos... Los trabajadores de salud se han convertido en repartidores de abate, no educan ni verifican lo enseñado, anteriormente existió la estrategia NEPRAM encaminada a eso pero fracaso por los propios trabajadores de salud... algunas personas no pueden lavar la pila por problemas físicos, como los adultos mayores".

Al preguntarle lo mismo a las personas que viven en la Tutunichapa III dan respuestas que no distan mucho del discurso medico hegemónico, aunque tiene el efecto de quitar la mirada de la prevención en los hogares. Por ejemplo, Lizbeth afirmó [sic.] "estos zancudos que ves aquí [en su casa] se me han metido de las casas de los vecinos chucos", así mismo Merci dijo "aquí en todos lados hay zancudos, moscas, cucas, ratas, pero en mi casa solo las moscas y zancudos se meten, en mi casa no hay zancudos, solo los que se me meten"; también Daniela dijo "El rio es una gran fuente de infección porque la gente chuca tira la basura ahí y el agua se estanca" luego comentó que encontró a la empleada doméstica de su madre, Merci, botando basura en el río y cuando le preguntó ¿Por qué lo hacía? esta le dijo "Como así había visto que hacen los otros vecinos".

Este tipo de afirmaciones que culpabilizan a los "vecinos chucos" fueron repetidas por varias otras personas durante la observación participante y sugieren estar vinculados con disputas al interior de la comunidad que tienen como trasfondo las nociones sociales de prestigio.

Es interesante contrastar con la percepción de criaderos de zancudos de Nancy, quien como mencioné antes vive en la colonia Guatemala pero tiene familia en la

Tutunichapa III, pues fue una de las pocas entrevistadas que identificó criaderos de zancudo en su propia casa resultantes de algún descuido: “Pues fíjate que pienso yo que como seres humanos somos bastante no tan preocupados por la salud por decírtelo así, porque de cierta manera se hacen esos acúmulos de agua donde en serio si se propaga el zancudo, porque... vaya una vez en el patio dejamos un huacalito y entonces con el agua lluvia se llenó y pasó sin mentirte como unos tres días y ya cuando nos dimos cuenta de eso ya había un montón de larvas, un montón, un montón; entonces yo digo que el zancudo aprovecha cualquier... e incluso hay macetas que quedan con agua, e incluso hay tragantes porque he visto como se tapan los tragantes, ahí quedan sientos y los acúmulos de agua y ocupan los zancudos eso para propagarse”.

Por otra parte, también realizan una fuerte inculpación hacia el río, por ejemplo, el dueño de una tienda ubicada al Línea inicio dijo [sic.] “tengo el río cerca que es una fuente sin control de dengue por los zancudos, porque no le puedes echar abate a todo el río”; en un sentido similar una mujer de 65 años del Hoyo afirmó “... sobre todo cuando el río está más seco [aparecen muchos zancudos] porque el agua se empoza; en este pasaje hay una casa baldía y el río está muy cerca”, lo cual es muy interesante al recordar que estas personas han hecho todo lo posible por distanciarse del río (física y simbólicamente), de su relación con el río provienen muchos de sus males y desgracias: desde hongos en los pies, pasando por dolores estomacales y parásitos, sin mencionar las inundaciones, deslaves y las maras que ingresaban por el río.

Como vimos en este apartado reproduce inculpaciones muy similares al de la biomedicina, pero también puedo decir que en la percepción del riesgo de sus habitantes el principal foco de infecciones transmitidas por zancudos es el río. Constituye uno de los elementos más importantes que componen su medio y desde su percepción no pueden hacer nada para evitarlo lo cual no solo reduce su capacidad de agencia sino que les libera de culpa, culpa que el propio sistema

que generó la contaminación ha cargado sobre ellos. Sin embargo, la prevención también está ligada al prestigio, tema que desarrollaré en el siguiente apartado.

3.3 PRESTIGIO

Para comprender de manera profunda la percepción del riesgo hay que preguntarse ¿Qué tipo de sociedad desean las personas de la comunidad Tutunichapa III? Contestar esta interrogante requiere analizar aquellos símbolos contrapuestos como prestigiosos y des prestigiosos. En este apartado abordaré las nociones emic para referirse al prestigio y desprestigio que no se presentan directamente ligadas con el proceso S/E/A y posteriormente retomaré aquellos elementos relacionados con el prestigio que mencioné en apartados anteriores.

Estas nociones morales quedan ejemplificadas a través del siguiente ejemplo etnográfico: Al inicio del trabajo de campo yo ya había llegado a la comunidad Tutunichapa III caminando, en auto bus o en el automóvil de algún pariente, pero esta vez mi madre, quien vivió en el lugar hasta los 90s, insistió en que tomara un taxi para llegar al lugar en vista del contexto de violencia, a lo cual accedí para poder entrevistar al taxista Brayan quien también reside en la comunidad.

Sin embargo, al llegar al lugar y bajarme del taxi, en frente de la casa de mi abuela una de mis primas, una vecina y mi propia abuela empezaron a burlarse de mí diciendo que era de la “hig laif” y repetidamente decían que “como no te has criado aquí por eso sos así”. Al tranquilizarse reflexionaron que en realidad era mejor que yo llegara en taxi precisamente porque “no me había criado ahí” y no me conoce toda la gente por lo cual corría el riesgo de que alguna de las estructuras en conflicto me detuvieran. Un rato después siguieron burlándose, solo que esta vez de los nietos de la vecina que estaban jugando en la calle “estos cipotes también son de la hig life, porque son de allá arriba de la Guatemala”.

En este ejemplo etnográfico las personas de la Tutunichapa III utilizan la expresión “Hig laif”, del inglés “high life” o “buena vida”, para referirse a aquellas personas

que consideran adineradas, de clase alta, fufurufo, creído y delicadas. La categoría si bien expresa prestigio lo hace de una manera despectiva y burlesca y se le asigna a las personas que viven fuera de la comunidad, por mucho que sean dentro de la colonia Guatemala. Esto se debe a que las personas de la comunidad Tutunichapa III son vistas y se identifican a sí mismas como marginales, de hecho, han sido excluidos del desarrollo urbano de la capital, y las burlas son una expresión del conflicto. Otro ejemplo de esto se dio cuando mi abuela llegó a visitar mi casa en el momento en que un tapicero revisaba uno de nuestros muebles, y este último preguntó de donde era mi abuela, mi madre contestó “de la Guatemala”, a lo cual él afirma “¡Ah! Esas casas son grandes y bonitas” y ella le replicó “No, usted ha de estar hablando de las de arriba, ella vive abajo”.

Sin embargo, las personas de la comunidad Tutunichapa III aspiran a formar parte de esta “hig Laif”, un ejemplo de esto ocurrió cuando trataba de esclarecer la confusión respecto de las distintas comunidades Tutunichapa que mencioné en el capítulo 2, por lo cual le pregunté a Carla, mujer de mediana edad, ¿Cómo se llama acá donde vivís? “Mira, mi DUI dice: “Colonia Guatemala pasaje Tutunichapa”, pero cuando las personas me preguntan dónde vivo les digo “¿Conoce el INFRAMEN? a pues por ahí” Porque decir la Guatemala (hace cara de oler algo feo) y decir la Tutu peor”. Así pues, identifico dos pares de oposición hasta acá: lo “hig life” como algo negativo vs la vida dura que se vive en la Tutunichapa III, especialmente por las generaciones mayores, como algo positivo; y la marginalidad como algo negativo vs el desarrollo urbano como positivo, incluso expresada con la relación “abajo”/ “arriba”.

Por otra parte, es interesante ver que “hig life” no solo se usa para referirse a personas externas, también lo hacen para referirse a las personas de El Hoyo, en esta zona en particular se aisló del resto de la Tutunichapa, instalando un portón en la entrada del pasaje. Esto provocó que el resto de personas de la comunidad

vieran con malos ojos a quienes viven en El hoyo, pues poner el portón fue interpretado como separarse del resto aspirando a un estatus más alto, lo cual también puede verse reforzado por el hecho de que la entrada a El hoyo está ubicada en la cuesta (arriba), olvidándose de su origen común en lo marginal y por tanto son vistos como “desubicados” y se burlan de ellos diciendo “esos son los de altos de La Tutu”.

En este mismo sentido, algunas personas externas a la comunidad han expresado con asombro que la Tutunichapa III¹², siendo una comunidad marginal, se haya convertido en una colonia cerrada, lo cual al parecer es un rasgo distintivo de una colonia de clase media. Es conveniente, por tanto, profundizar en la perspectiva de aquellas personas foráneas a la Tutunichapa III.

Al preguntarle a Nancy ¿En cuál de las colonias había más zancudos? ¿En la Tutunichapa III o en la Guatemala? Ella contestó “Pues supongo yo que quizás donde mi abuela (Tutunichapa III) (...) por el río es como más difícil poder evitar esto (...) En el caso mío, es como que el contacto de mi colonia con el río es más aislado y también que siento que en mi colonia es como más por decírtelo así... cuidan digamos su vivienda por decirlo así, ya que es una zona más... No sé cómo decirte, Incluso las casas son un poco más... su infraestructura más moderna... Entonces siento que tiene que ver mucho de eso; y también que la gente que vive ahí es como más joven, por decirlo así, mientras que en la colonia de mi abuela siento que es gente más mayor y eso también que a veces las abuelitas dejan... como por ejemplo mi abuela cría animales, entonces tiene gallos, gallinas, entonces creo yo que los recipientes que ocupan para eso... También no sé si sólo es mi abuela, pues siento que puede que también haya otras personas...”

¹² Las personas externas no diferencian los distintos lugares con el nombre Tutunichapa, sin embargo, parece ser que este nombre está asociado a la marginalidad.

posteriormente le pregunté si sabía cuál de las dos colonias había sido construido primero a lo que me contestó “no, pero yo asumo que La Tutu es más vieja”.

En este fragmento de entrevista, Nancy expresa varias relaciones de símbolos contrapuestos como: “viejo” vs “joven”, “atraso” vs “moderno”, “animales” vs “humanos”, y se refuerza nuevamente la oposición marginalidad vs desarrollo urbano, pero ahora se presenta a la marginalidad ligada con aspectos de la ruralidad que, como vimos en apartados anteriores, es una de las razones por las cuales nadie admite utilizar medicina tradicional para la atención de las enfermedades transmitidas por zancudos. Por otra parte, asume que la comunidad Tutunichapa III es más vieja que el resto de la Guatemala por su infraestructura, sin embargo, como he dicho en el capítulo anterior, su construcción es posterior al de la Guatemala y su estética se debe a los procesos históricos de exclusión urbana.

Todos los ejemplos hasta acá remiten a su vez a la oposición entre los foráneos vs lugareños, en la cual los primeros se presentan como dañinos para los segundos, esto independientemente de si están en una posición de poder favorable o no; esta oposición es probablemente la más importante y sobre a cuál se estructuran las demás. Esto también explica por qué los habitantes del lugar expresan su preocupación a que la policía atrape a los vendedores de droga locales pues los consideran como su protección ante los grupos pandilleriles foráneos, sobre esto Irma, comentó que “la gente denuncia a los narcos, por eso han habido tantas redadas, pero ellos son los únicos que impiden que las maras se metan a la colonia. Por ejemplo, hace poco llego uno después de un velorio, a vigiar en un carro si podía entrar”. Así mismo, en el capítulo anterior he dado otros ejemplos que refuerzan este argumento, como el de las personas desplazadas que tuvieron dificultades para establecer lazos matrimoniales (que al final son relaciones de reciprocidad) con personas de la Tutunichapa III ya que no tenían

familia en el lugar que les diera respaldo y su comportamiento era visto como vulgar.

Por otra parte, vale la pena mencionar que en la comunidad Tutunichapa III existe una relación entre el grado académico que tiene una persona, el tipo de trabajo que realiza y su prestigio social, al respecto Irma comentó que uno de sus vecinos es licenciado en periodismo y pese a ello trabaja repartiendo periódicos, luego agregó [sic.] “yo no me quemo los ojos por ir dejando periódicos”. Esta relación también se puede ver reflejada en la forma en que se percibe al gremio médico y al personal de salud, pero en un sentido inverso respecto del ejemplo anterior pues si bien los tratamientos de la biomedicina son vistos como prestigiosos (especialmente la atención privada) en contraposición a los tradicionales. En la comunidad se acusa a la mayoría de médicos como “agrandados” tanto que cuando un médico muestras señas de humildad esto es motivo de felicitaciones hacia él.

Por ejemplo, Irma contó sobre una familia de vecinos en la que “El padre es un enfermero y dicen que no se graduó, él inyecta, quita verrugas y pone catéter a los vecinos que se lo piden, todo el mundo le dice “doctor “y yo les digo “nombre no denigres la profesión”. Su hija estudió medicina en la Nacional, luego de eso se volvió bien tufosa y ha peleado con todo el mundo por el parqueo y porque atropelló a gatos. Pero la vieron salir de un callcenter porque la despidieron del hospital “a saber que hizo, a lo mejor mató a alguien (...) pero sin sello ya no sos médico mamita”. Otro ejemplo ocurrió cuando viajamos con uno de mis hermanos en su auto a la Tutunichapa III para una reunión familiar, cuando estacionó el auto unas señoras que estaban en frente le advierten “Ahí se va a enojar la “patrona” – la misma doctora del ejemplo anterior – esa desde que le dieron el título se hizo bien creída... no se preocupe, se lo vamos a cuidar (el carro) no le va a decir nada”

En el desarrollo de este texto he mostrado pinceladas sobre como el prestigio está ligado con la forma en que se estructuran los saberes respecto de las enfermedades transmitidas por zancudos, siendo algunas de estas relaciones antagónicas: limpieza/ suciedad mostrado cuando Merci regaño a alguien por botar basura en la calle por lo cual le dijeron “estricta”; personas/ río que en este apartado se le ha sumado la oposición con los animales, por lo cual considero pertinente ampliar esta oposición a “persona/ naturaleza”, sin ignorar que el río es uno de los elementos más representativos de esta oposición; biomedicina/ medicina tradicional que se fundamenta en que esta última es el tratamiento que se utilizaba cuando se vivía en el campo y que ahora que viven en la ciudad es desprestigioso (sin embargo no hay que olvidar las razones de eficacia terapéutica que también interfieren); finalmente tenemos la oposición salud privada/ salud pública puesto que se considera que lo público es ineficaz frente al mayor repertorio de medicamentos que recetan en lo privado (aunque estos puedan ser dañinos para la salud).

A través de la presentación de este argumento etnográfico se aprecia cómo la experiencia histórica de las personas de la comunidad Tutunichapa III ha ido estructurando sus estilos de vida, lo cual condiciona la forma en que se relacionan con el medio, y la percepción que de este tienen. Tras el análisis hemos encontrado una asociación de ideas expresadas en el Esquema 1, las cuales he dividido en 4 cuadrantes: 1) ideas negativas asociadas a Tutunichapa III, ubicada arriba a la izquierda de color celeste; 2) ideas positivas asociadas a la sociedad amplia o foráneos, ubicada arriba a la derecha en naranja; 3) ideas positivas asociadas a Tutunichapa III, abajo a la izquierda en color naranja; 4) ideas negativas asociadas a lo foráneo, abajo a la derecha en color celeste.

ESQUEMA 1: ASOCIACIONES DE IDEAS Y VALORES



Fuente: Elaborado por Pedro Martínez estudiante en proceso de grado

A lo largo de toda la exposición hemos planteado un énfasis del río como fuente de todos los males, pero según el discurso biomédico la reproducción del zancudo no tiene que ver con el río sino con los recipientes dentro de los patios y al ideal de sociedad al que aspiran el cual se ve truncado simbólicamente por los “vecinos chucos” y principalmente el río como máximo símbolo de marginalidad ineludible. Por tanto, hay un efecto de “inculpación” o distractor en la percepción del riesgo de la comunidad hacia el río y los vecinos “sucios”, y por tanto se descuida el espacio privado. Sin embargo, también realizan una reivindicación de lo local como elementos de seguridad y la difícil vida que vivieron como motivo de orgullo, estos elementos pueden ser retomados para desestigmatizar la identidad de la comunidad.

CAPÍTULO Nº4

LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LAS EPIDEMIAS TRANSMITIDAS POR EL ZANCUDO.

- 4.1 CONTEXTOS EN LOS QUE SE DESARROLLA LA COMUNIDAD TUTUNICHAPA III QUE FACILITAN EL CONTAGIO DE LAS EPIDEMIAS TRANSMITIDAS POR EL ZANCUDO.
- 4.2 EL PROCESO SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN EN LA TUTUNICHAPA III
- 4.3 CONCLUSIÓN

CAPITULO N°4

LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LAS EPIDEMIAS TRANSMITIDAS POR EL ZANCUDO

Inicié este escrito exponiendo en el capítulo I el enfoque teórico-epistémico y la metodología del estudio; en el capítulo II mostré los diversos contextos que han influido en la construcción social de la salud, partiendo desde lo más amplio, a lo más concreto con la descripción etnográfica de la comunidad Tutunichapa III; y en el capítulo III describí la forma en que se perciben y se atienden las enfermedades transmitidas por zancudos en la comunidad Tutunichapa III. En el presente capítulo me propongo realizar el respectivo análisis de estos diversos contextos a la luz de la teoría para contestar la pregunta ¿Cómo se construyen socialmente las epidemias transmitidas por el zancudo?

4.1 CONTEXTOS EN LOS QUE SE DESARROLLA LA COMUNIDAD TUTUNICHAPA III QUE FACILITAN EL CONTAGIO DE LAS EPIDEMIAS TRANSMITIDAS POR EL ZANCUDO

Para comenzar este análisis debo señalar que una particularidad de este estudio ha sido reconocer al propio debate epistémico como un elemento estructural que forma parte de la determinación social de la salud, ya que el desarrollo de la salud pública ha sido influenciado por los intereses económicos de la modernización del país y que a su vez influenció el proceso de urbanización, lo cual profundiza las relaciones de poder desigual entre las elites y el común de la población generando así un proceso de marginación y subordinación de lo rural hacia lo urbano. En este sentido, la medicina hegemónica, al estar centrada en lo biológico, invisibiliza las estructuras de poder que perpetúan las enfermedades y reproduce el mito de la modernidad que justifica la dominación como “donación bondadosa”.

La vulnerabilidad ante enfermedades transmitidas por el zancudo se acentúa debido a la suma de los múltiples procesos estructurales que acá entiendo como Geografía Urbana, tales como: las numerosas olas de migración de lo rural a lo

urbano ocasionadas por los cambios de paradigmas productivos, el conflicto armado y los desastres socio-naturales que combinados con la falta de planificación urbanística y el aumento poblacional propiciaron el crecimiento desordenado de las ciudades. A su vez esto generó condiciones indignas de empleo, pérdida de sustentabilidad por la impermeabilización del suelo que afecta a las fuentes de agua del AMSS, e inequidad al acceso de la tierra que propició el establecimiento de asentamientos informales, muchas veces en zonas con vulnerabilidad ambiental, con viviendas de espacio reducido que no cuentan con acceso a servicios básicos y en las cuales viven familias numerosas, lo cual causa hacinamiento y dificultades para realizar el aseo.

El Ministerio de Salud identificó los siguientes factores en la determinantes de dichas enfermedades (MINSAL,2015, pp. 9): A) Alta densidad poblacional; B) Condiciones climáticas tropicales, con inviernos copiosos y periodos prolongados sin lluvia que dejan múltiples sitios de reproducción del vector; C) Abastecimiento irregular de agua potable, por lo que la población se ve en la necesidad de almacenar en múltiples recipientes sin tomar ninguna medida de protección del vital líquido, convirtiéndose en potenciales criaderos; D) Prácticas culturales que favorecen la reproducción del vector. Sin embargo, estos factores están relacionados con los procesos macroestructurales. Tanto la densidad poblacional como el acceso al agua son problemas que tienen que ver directamente con el desarrollo urbano del Área Metropolitana de San Salvador, así mismo el cambio climático tiene que ver con el metabolismo sociedad-naturaleza a nivel mundial y, como he desarrollado a lo largo de este estudio, también los factores culturales están influenciados por estos procesos, sin embargo, ampliaré sobre este tema en el próximo apartado.

El brote de dengue del 2001 coincidió con los intentos de privatización de los servicios de salud, que formaban parte de la segunda ola de privatizaciones y con los terremotos del mismo año. Debido a la acumulación de riesgos y vulnerabilidad

hubieron grandes daños a nivel nacional. Si bien la Reforma de Salud implementada en los primeros gobiernos del FMLN fue muy eficaz para controlar las epidemias transmitidas por el zancudo esta no estuvo exenta de contradicciones entre las autoridades sanitarias y comunidades, a día de hoy con el nuevo gobierno ha habido una ruptura completa con esta reforma y la salud se ha centralizado y los casos de dengue van en un ascenso progresivo. En mi opinión no importa que tan eficaces sean las reformas, ni que tan buenas sean las intenciones de un gobierno, si no hay un pueblo organizado que sea capaz de defenderlas y enrumbarlas hacia un cambio social en favor de los intereses populares estas se desmoronarán ante las presiones de las élites por priorizar su acumulación de capital.

El caso de la comunidad Tutunichapa III nos brinda un ejemplo claro de la importancia del análisis de estos procesos históricos vinculados con el desarrollo urbano y su impacto sobre la reproducción de zancudos, a esta relación la caracterizo como Ecología Urbana. La comunidad empezó a ser poblada por las personas damnificadas del terremoto del 3 de mayo de 1965, y ha tenido distintas olas de migración a raíz del conflicto armado y los procesos económicos. La zona es vulnerable a inundaciones y deslaves; además las charcas que se forman en la orilla del río y la basura que acarrea son posibles criaderos de zancudo que junto a la alta densidad poblacional y el hacinamiento les hace vulnerable al dengue, chikungunya y zika. Por ello el río es percibido como frontera peligrosa de la cual provienen todos sus males, incluso las maras foráneas.

Por otra parte la comunidad Tutunichapa III es vista como colonia marginal tanto por sus pobladores como por las personas externas, sin embargo con el paso del tiempo ha tenido varias mejoras infraestructurales que previenen deslaves y crecidas e incluso ya no se podría clasificar como Asentamiento Popular Urbano, tales como: 1) prácticamente todos los “fundadores” son propietarios de sus terrenos, 2) todos tienen acceso a servicios básicos, aunque el agua es un

problema en todo el AMSS y esta comunidad no es la excepción, 3) aunque las casas fueron construidas por los propios pobladores ahora son de ladrillos, ya no de láminas.

Sin embargo, en la comunidad sigue habiendo muchas personas con trabajos marginales, que son ejercidos incluso por personas con estudios universitarios que no han logrado acceder a un empleo. Sus características son: 1) falta de seguridad socioeconómica, 2) trabajar por jornada, 3) no adscribirse a organizaciones públicas o privadas, 4) bajo consumo por bajos ingresos, 5) inestabilidad de sus ingresos. Estos trabajos también son un factor de riesgo ante las enfermedades en general pues la inseguridad en sus ingresos les dificulta guardar reposo.

Por ello las familias tienen que realizar tanto una articulación entre empleo formal y ocupaciones marginales desempeñadas por distintos integrantes del grupo familiar para lograr su subsistencia, como recurrir a redes de solidaridad entre parientes, compadres, vecinos, etc. bajo la lógica del intercambio de dones. Todo lo anterior es una muestra de cómo las personas que viven en la Tutunichapa III han quedado fuera de los procesos productivos formales, debido a esto considero que puede considerarse como “barriada” o “colonia marginal”.

Además, las mujeres de la comunidad están en una situación de desventaja estructural respecto de los hombres lo cual se expresa en el menor acceso a estudios universitarios y a trabajos formales, también se ve relacionado con la poca cantidad de mujeres pensionadas a comparación de los hombres y que estas sean quienes más ejercen ocupaciones marginales y que de estas la mayoría sean madres solteras, sin mencionar que la economía de los cuidados recae en ellas como una doble jornada de trabajo.

4.2 EL PROCESO SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN DE LA TUTUNICHAPA III

El proceso Salud/ Enfermedad/ Atención debe de entenderse como la relación entre los padecimientos, las representaciones sociales de estos y las practicas que se articulan para atender dichos padecimientos. Por ello, en este apartado realizaré una propuesta de análisis sobre el proceso S/E/A producto de la confrontación de la teoría con el trabajo de campo

4.2.1 Intersección conceptual: Percepción del Riesgo, Ecología Urbana, Modelo de Atención.

Al inicio de esta investigación pensaba que la percepción del riesgo, los modelos de atención y la ecología urbana si bien son procesos articulados, estos actuarían en momentos separados del proceso Salud/Enfermedad/Atención. Sin embargo, durante el desarrollo del trabajo de campo empírico se me fue cada vez más difícil el tratar de ver los de forma separada. En realidad, los tres no solo forman parte integral del proceso S/E/A, si no que funcionan en todos los momentos en que este se desarrolla.

Los tres conceptos nos permiten comprender el funcionamiento completo del proceso S/E/A, pues la percepción está marcando la forma en que los actores sociales se relacionan con su medio, y si no perciben a los elementos que lo integran como peligroso o lo observan como riesgos menores que pueden asumir o incluso si los perciben como riesgos inevitables, es muy posible que no harán nada por prevenirse de ellos. En un sentido inverso, podrían generar histeria colectiva a causa de ellos.

Para Douglas (1990) las concepciones sociales de moral y de justicia, las que guían no sólo la respuesta al riesgo, si no la facultad básica para percibirlos; por lo general, los riesgos bien advertidos resultan estar conectados con principios morales legitimadores. Por ello el tipo de aspiraciones sociales y el prestigio marcará que tipo de riesgos aceptará una persona, lo cual puede verse en

pequeñas cuestiones como el ejemplo de botar basura en la calle, o de una forma un tanto paradójica, puede llevar a olvidar haber vaciado los recipientes de los patios. Sin embargo, es a partir de aquí en el que vemos los primeros vínculos indisolubles con las otras dos categorías, que se manifiestan de forma más evidente en la prevención.

La prevención a su vez forma parte del concepto de Modelo de Atención (Menéndez, 2003; 186) ya que tienen que ver con la atención de las enfermedades en términos intencionales, y esta busca regular las condiciones de saneamiento en la comunidad. Sin embargo, al retomar los planteamientos de Brelih (2010) vemos que el saneamiento puede ser entendido como una parte de las relaciones de especies entre sí en la ciudad, y con su entorno orgánico e inorgánico, es decir la Ecología Urbana, esto puede ampliarse fuera de la prevención y abarcar otros aspectos del modelo de atención si tomamos en cuenta las interacciones entre seres humanos como hechos ecológicos en sí mismos al estar situados en un espacio y tiempo determinados.

El primero es en la eliminación de desechos, en las que participan tanto humanos, en su relación entre vecinos y los empleados municipales, como los perros que esparcen la basura en búsqueda de comida. Estos basureros también pueden servir como criaderos de moscas y otros animales dañinos. En época lluviosa la basura constituye un factor a tomar en cuenta en la comunidad pues algunos recipientes pueden acumular agua que sirva de criadero de zancudos. El mismo resultado se obtiene con la relación con las aves y las plantas ornamentales, ya que varios vecinos tienen recipientes en sus patios que ocupan para regar las plantas o de bebederos de aves, pero no se percatan que en ellos se crían zancudos. El mantener recipientes en los patios y olvidarse de ello es algo frecuente, esto se vuelve un problema nuevamente en época de lluvias pues el agua se acumula en ellos y se convierten en criaderos.

Estas situaciones tienen grandes implicaciones para este estudio, pues los objetivos que planteé concebían de forma separada la percepción del riesgo y los modelos de atención, por lo cual proveerían información que, aunque complementaria, se podría analizar de forma separada. Sin embargo, a raíz de esto presentaré y analizaré de manera conjunta a la percepción del riesgo, los modelos de atención y su interacción con los padecimientos.

4.2.2 Representaciones y prácticas de atención a las enfermedades transmitidas por el zancudo en la comunidad Tutunichapa III

La aceptabilidad del riesgo de las personas que viven en la comunidad Tutunichapa III es alta pues muchas personas no identificaron riesgos. Quienes sí identifican riesgos se preocupan más por la violencia subsecuente al conflicto entre el narcomenudeo local y las maras foráneas que por las enfermedades e inundaciones, las cuales caen en el fenómeno de la aceptabilidad del riesgo debido a que se ven desplazadas por los otros riesgos; esto se traslada a las enfermedades que transmiten los zancudos, especialmente luego de 3 años desde el fin de sus epidemias.

Por otra parte, en la comunidad Tutunichapa III casi todas las personas identifican al zancudo como transmisor de alguna de las enfermedades que trata esta investigación, pero cada una es percibida y alertada de manera distinta por la población. El Chikungunya es indiscutiblemente la enfermedad más reconocida en la Tutunichapa III ya que la mayoría de personas consultadas afirmaron haberse enfermado de esta; en cambio la cantidad de personas que dijeron contagiarse de dengue y zika, fue mucho menor, al punto de ser superadas individualmente por las que dijeron no haber escuchado o contagiado de éstas 3 enfermedades.

Este reconocimiento desigual de las enfermedades se explica parcialmente por los aspectos demográficos de la población, pues la edad promedio de las personas consultadas en las entrevistas es de 58 años, por lo cual el dolor crónico

provocado por las secuelas del chikungunya marque la forma en que la mayoría de la población lo padece y por tanto el énfasis que ponen en este. A esto se le suma la abundancia de personas que realizan trabajos marginales, ya que el síntoma principal con el que se promocionó era un fuerte dolor de cuerpo y articulaciones, que imposibilitaba el trabajar. Por otra parte, el dengue al haber perdurado durante 15 años como epidemia y haber tenido tantas campañas de difusión en medios, posiblemente se ha vuelto un riesgo tan cotidiano que ya no es percibido,

Así mismo la baja percepción del zika está relacionada con la inculpación a los seres queridos próximos del enfermo, y se le suma la desigualdad de género expresada en la asignación del rol de cuidadoras a las mujeres, pues el énfasis de la campaña de educación para el zika está en los riesgos de microcefalia en los bebés y explica por qué las madres solteras de la Tutunichapa III fueron las únicas en reconocer al zika como riesgoso, sin embargo los vecinos expresan que en el lugar “no hay niños” por lo cual el zika no es muy relevante.

El último elemento que explica la hegemonía del chikungunya en la percepción del riesgo es que las personas de la comunidad confunden las 3 enfermedades debido a la similitud de sus síntomas, lo cual preocupa porque a día de hoy el dengue va en alza y no se deben dar los mismos medicamentos que se pueden usar con el chikungunya y el zika, pues estos pueden intensificar el daño a las plaquetas y ocasionar hemorragias internas; sin embargo la acetaminofén es vista como un signo de escases por parte de la población, lo cual fomenta el uso de medicamentos contra indicados para el dengue y del cual se beneficia el sector privado de la salud.

Por otra parte, llama mucho la atención que las mujeres reconocieron más enfermedades que los hombres debido al rol de los cuidados que se les asigna y para el cual deben de prestar más atención a los adultos mayores y los niños ya que son reconocidos socialmente como necesitadas de cuidados por ser

vulnerables a las enfermedades transmitidas por zancudos. En este sentido hombres y mujeres describen su dolor de maneras distintas, mientras los hombres se refieren a este con el símil de la violencia física, las mujeres se enfocan más en la dificultad para realizar sus labores domésticas, la cual es una forma de la autoatención.

En este sentido, las personas de la comunidad Tutunichapa III escogen no ir a consultar a ningún curador profesional cuando se sienten enfermas, exceptuando cuando adolecen los niños o los adultos mayores, para quienes buscarán atención alópata; en cambio las personas en edad de trabajar buscan medicamentos recomendados por médicos, aunque no cumplen con exactitud las dosis que recomiendan para cada paciente. Otra razón por la cual podrían asistir a consulta alopática se realiza con el objetivo de conseguir medicinas gratuitas, pues, en su mayoría tienen claridad del diagnóstico antes de consultar ya que las enfermedades son reconocidas socialmente. Así mismo, ven a la medicina tradicional como algo del pasado, propio de lo rural y que ha perdido eficacia debido a la muerte de sus practicantes; de hecho, son los médicos alópatas quienes recomiendan tratamientos alternativos como la herbolaria.

El sistema cultural de percepción del riesgo de los habitantes de la comunidad Tutunichapa III se caracteriza por reinterpretar los saberes provenientes de la biomedicina, pero se encuentran lejos de hacerlo para ampliar su capacidad de agencia y promover una visión emancipada de su salud pues asumen que las enfermedades son las consecuencias de romper las normas sociales; así mismo prefieren consumir los productos generados por la industria de la reducción del daño encarnada en la medicina privada, que se lucra del sentimiento de vulnerabilidad generados por la información sobre riesgos proveniente de los médicos privados, aunque dicha información sea en realidad nociva para la salud.

En este sentido la utilización de los conocimientos provenientes de la biomedicina se debe a que han aceptado la ideología neoliberal de la salud global liberal que

se sustenta en la noción colonial de modernidad, reproduciendo el mismo proyecto moral en el cual se inculpa a las víctimas (naturaleza/individuos marginales) de sus propias enfermedades, ocultando la responsabilidad de las estructuras sociales que las generan. Sin embargo, propongo a manera de una nueva hipótesis que al cambiar la forma en que las personas de esta comunidad se identifican con ellas mismas y el territorio pueden alcanzar un mayor grado de agencia social y potencialmente organizarse para reclamar sus derechos; no es que los habitantes de la Tutu no tengan identidad ya que hacen una fuerte diferenciación entre lugareños y foráneos que se puede palpar con los conflictos entre maras y narcomenudeo, más bien pueda que los elementos cohesivos que poseen sean estigmatizantes o de ser positivos no se les haya promovido lo suficiente, por lo que carezcan de la eficacia necesaria.

CONCLUSIONES

Simultaneidad de percepción, atención y ecología urbana

1. El desarrollo de la salud pública y los patrones de asentamiento en El Salvador se han caracterizado por estar sujetos a los intereses económicos, lo cual acentúa las relaciones de poder desigual entre las élites y el común de la población generando así un proceso de marginación y subordinación de lo rural hacia lo urbano. Además, el sistema económico y sus transformaciones ocasionaron e influenciaron otros problemas sociales como: inequidad al acceso de la tierra, condiciones indignas de empleo, pérdida de sustentabilidad, el conflicto armado, los desastres socio-naturales, la falta de planificación urbanística y el aumento poblacional. Al juntarse todos los problemas antes listados realzan la vulnerabilidad ante enfermedades transmisibles como aquellas que son transmitidas por el zancudo en la comunidad Tutunichapa III y otras zonas del AMSS.

2. En la Comunidad Tutunichapa III existe una gran aceptabilidad de la gran mayoría de los riesgos debido a que perciben a dichos problemas como inevitables y por ende no hay nada que puedan hacer al respecto lo cual se ve simbolizado principalmente a través del río que al mismo tiempo es el estigma de su marginalidad.
3. Los roles de género también marcan una diferenciación en los estilos de vida de la comunidad Tutunichapa III de cara su vulnerabilidad antes las enfermedades transmitidas por el zancudo, ya que las mujeres están en una situación de desventaja estructural aun mayor que la de los hombres, que se materializa en el acceso a educación superior, empleo formal y al asumir las tareas de reproducción biosocial o trabajo de cuidados. Esto llega a influir incluso en la forma en que se experimentan las enfermedades transmitidas por zancudos.
4. Las enfermedades transmitidas por el zancudo sí son percibidas por las personas que viven en la comunidad Tutunichapa III siendo el chikungunya la más identificada por encima del dengue que ha tenido múltiples campañas de sensibilización, esto puede deberse a los estilos de vida en la comunidad caracterizados por tener bastantes personas mayores y desempeñar trabajos marginales o informales y domésticos en los cuales el tipo de dolor que produce el chikungunya les imposibilita conseguir su sustento diario; así mismo el zika y el dengue son confundidos con variaciones del chikungunya. En este sentido las mujeres reconocieron más enfermedades transmitidas por zancudos que los hombres debido al rol de los cuidados que se les asigna socialmente.
5. Al analizar el prestigio dentro de la comunidad identifiqué que sus habitantes reproducen el mismo proyecto moral en el cual se inculpa a las víctimas (naturaleza/individuos marginales) de sus propias enfermedades, ocultando la responsabilidad de las estructuras sociales que las generan, aunque no de forma consciente. Por ello rechazan la medicina tradicional

y prefirieren la atención de la medicina privada por sobre la pública, aunque no todos son capaces de acceder a ella, por lo cual buscan autoatenderse reinterpretando los saberes provenientes de la biomedicina y, como última instancia, acuden al sistema público por medicinas

6. El debate epistémico es un elemento estructural que forma parte de la determinación social de la salud, ya que el desarrollo de la salud pública se ha enmarcado en el mito de la modernidad que reduciéndola biologismo y mercantilismo. Sin embargo, es necesario reconocer que para superar la modernidad no se puede partir de la negación total de esta, porque hecho de negar ya es moderno en sí mismo, más bien se debe dar apertura al dialogo de saberes resaltando aquellos que han sido marginados históricamente, pero con el criterio de ético del cuidado de la vida.
7. El mito de la modernidad también permea en otros campos del saber cómo la propia antropología en la cual nos volvemos reproductores de esta, por ello la actitud del científico no debe de ser la de ocultar sus sesgos sino la de reflexionarlos y explicitarlos para controlarlos. En este sentido la metodología auto-etnográfica permite utilizar los elementos del marco teórico para profundizar en el análisis la asignación de culpas por parte de cientistas sociales y ubicarles dentro del propio fenómeno que se estudia, lo cual es una herramienta reflexiva que hace consientes aquellos sesgos que tenemos más interiorizados.
8. Ante la pregunta de ¿Cómo se construyen socialmente las epidemias transmitidas por el zancudo? Concluyo que corroboré que los contextos de desigualdad social generan estilos de vida que permiten la reproducción de epidemias transmitidas por los zancudos, y estos se ocultan al culpabilizar al enfermo de su propia enfermedad.

Finalmente, hipotetizo que al cambiar la forma en que las personas de esta comunidad se identifican con ellas mismas y el territorio pueden alcanzar un mayor grado de agencia social y potencialmente organizarse para reclamar sus

derechos, en este sentido, existen aspectos de este trabajo que espero poder desarrollar más ampliamente a futuro. Entre dichos intereses están: contrastar la hipótesis que presenté recién con la teoría del estigma utilizando la metodología de investigación y acción, la cual tiene como objetivo primordial construir conocimiento para fortalecer las organizaciones sociales en pos de la lucha por cambios sistémicos y que este proceso a su vez retroalimente a la investigación; también se vuelve fundamental abordar la relación entre autoatención y la asignación del rol de cuidados por género y las desigualdades estructurales de las mujeres en el acceso a salud.

ANEXOS

ANEXO 1: ENTREVISTA “CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y MORBILIDAD DE LA COMUNIDAD TUTUNICHAPA III”

ANEXO 2: TABLA DE RESPUESTAS

ANEXO 1: ENTREVISTA “CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y MORBILIDAD DE LA COMUNIDAD TUTUNICHAPA III”

Pedro Rafael Martínez Jurado

Buenas tardes, ¿se encuentra el jefe del hogar o su conyugue? soy estudiante de la Facultad de Humanidades de la UES y como parte de las evaluaciones de una de mis materias estoy realizando una entrevista para obtener información sobre las condiciones socioeconómicas y de saneamiento de la comunidad, el desarrollo de la entrevista dura aproximadamente 15 minutos, ¿Le gustaría participar?

1. Decide no colaborar por cualquier razón (criterio de exclusión), concluya la entrevista despidiéndose con amabilidad y pase al siguiente domicilio.
2. Decide colaborar (criterio de inclusión). Pase al apartado de datos demográficos.

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Fecha: Se anotará con números arábigos en el siguiente orden día, mes y año.

Domicilio: Se anotará número de la casa.

Preguntas dirigidas a todo el grupo familiar

II. DATOS DEMOGRAFICOS Y EDUCATIVOS

1. **Edad:** ¿Cuál es la edad de cada uno de los integrantes de la familia? Se anotará en años cumplidos y en números arábigos

2. **Sexo:** ¿Cuál es el sexo de cada uno de los integrantes de la familia? Se anotará una “F” para el sexo femenino y una “M” para el masculino.

Preguntas dirigidas exclusivamente al jefe de familia.**3. Estado civil:** ¿Cuál es el estado civil del jefe de familia?

Se anotará en el recuadro la codificación que le corresponde:

- C Casado,
- S Soltero,
- V Viudo,
- D Divorciado,
- UL Unión libre,
- Z separado
- PS Padre soltero
- MS Madre soltera

4. Escolaridad: ¿Qué nivel de escolaridad tienen?

Anota en el recuadro la codificación que corresponda:

- A analfabeta
- K Kinder
- PI Primaria incompleta,
- PC Primaria completa
- SI secundaria incompleta
- SC secundaria completa
- BI bachillerato o equivalente incompleto
- BC bachillerato completo,
- LC para Licenciatura completa
- LI para licenciatura incompleta.
- PG para posgrado.

5. Religión. ¿Profesa alguna religión? ¿Cuál?

- C Católicos
- E Evangélicos
- B Bautistas
- TJ Testigos de Jehová
- NA NewAge
- NP No profesa ninguna

III DATOS ECONOMICOS

Dentro de este rubro se consideran tres que son los siguientes:

6. ¿A qué se dedica?

Se contestará de acuerdo a las siguientes claves:

- E Empleado
- D desempleado
- I Informal
- P pensionado
- H Hogar
- ES estudiante
- otros (especificar en observaciones).

7. ¿En que trabaja o como obtiene ingresos? Pregunta abierta

IV. CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE

a) CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA:

8. TIPO DE TENENCIA: ¿La vivienda que usted habita de que tipo es? Anota en el recuadro el número que corresponda:

- A. Propia
- B. Alquilada
- C. Prestada o cedida por un servicio
- D. No especificada

9. Material de construcción del techo: ¿De qué material está construido el techo de su vivienda? Según observación, anota en el recuadro el número que corresponda:

- A. Concreto
- B. Madera

C. Cartón

D. Tabique

E. Lamina

F. Teja

G. Fibralit

10. Material de construcción del piso: Pregunta: ¿De que material esta construido el piso de su vivienda? Según observación, anota en el recuadro el número que corresponda:

A. Cemento

B. Madera

C. Tierra

D. Mosaico

E. Loseta

F. Otro

11. Material de construcción de los muros: ¿De que material esta construidos las paredes de su vivienda? Según observación anota en el recuadro el número que corresponda:

A. Tabique

B. Tabla roca

C. Madera

D. Adobe

E. Lamina de cartón

F. Otros

12. Número de Cuartos: ¿Cuántos cuartos componen su vivienda sin tomar en cuenta el baño y la cocina?

Se anotará en el recuadro correspondiente, el número total de cuartos con que cuente la vivienda sin tomar en cuenta la cocina y el baño.

b) MANEJO DE LA BASURA:

13. Disposición de la basura: ¿En qué recolecta la basura de su vivienda? Anotara en el recuadro el número que corresponda:

- A. Bolsa cerrada
- B. Bolsa abierta
- C. Bote cerrado
- D. Bote abierto
- E. Sin deposito
- F. Otra

14. Eliminación de la basura: ¿Cómo elimina usted la basura que recolecta en su casa? Anotara en el recuadro el número que corresponda:

- A. Recolectores
- B. Incinerada
- C. Sin deposito
- D. Enterrada
- E. la tira al río

C) CONSUMO DE AGUA PARA BEBER

15. Tipo de Agua para beber: ¿El agua que usted y su familia habitualmente consumen de que tipo es?

Anotara en el recuadro el número que corresponda:

- A. Garrafón
- B. Llave
- C. Hervida
- D. Tratada químicamente (cloro, microdyn)
- E. Filtrada

D) FAUNA

16. Tipo de fauna domestica: ¿Tiene usted animales domésticos como perros, gatos o de crianza como pollos?

Anotara en el recuadro el número que corresponda:

- A. No tiene
- B. Perros
- C. Gatos
- D. Aves de corral
- E. Otros

17. Tipo de fauna nociva presente en la vivienda: ¿Cuáles de las siguientes plagas ha observado en su casa o en la colonia?

- A. Moscas
- B. Cucarachas
- C. Ratas o ratones
- D. Chinchas
- E. Zancudo
- F. No especificado

G. No existe

H. Otros

V. ATENCIÓN A DAÑOS

18. TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL: ¿Con que tipo de seguridad social cuenta usted y su familia?

Anotara en el recuadro el número que corresponda:

- A. ISSS
- B. Bienestar Magisterial
- C. Sanidad militar
- D. Privados
- E. No tiene

19. Servicio a población abierta: ¿A dónde acude cuando se enferma usted y su familia? Anotara en el recuadro el número que corresponda:

- A. Unidad de Salud
- B. Cruz Roja
- C. Clínica de la iglesia
- D. Medicina Privada
- E. Automedicación
- F. Medicina Tradicional
- G. Medicina Natural
- H. Familiar o amigo médico
- I. Otros

20. Medicina Tradicional ¿Cuándo se enferma usted y su familia acuden con natural o curanderos?

Anotara en el recuadro el número que corresponda:

- A. Sobadores
- B. Curanderos
- C. Parteras
- D. Oraciones o cultos de sanación
- E. Otros

VI. DAÑOS A LA SALUD

21. ¿Qué riesgos naturales o sociales hay en la comunidad que puedan poner en riesgo su seguridad física o sus pertenencias materiales?

- A. Inundaciones
- B. Deslaves
- C. Delincuencia
- D. Enfermedades
- E. Otros

22. MORBILIDAD: ¿Hay alguien enfermo en casa o que se enfermó en los últimos 6 meses? Se registrará en el rubro correspondiente si algún integrante está enfermo, anotando el nombre y padecimiento

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR EL ZANCUDO

23. ¿Alguna vez usted o algún familiar se enfermó de dengue, chikungunya o zika?

- A. dengue
- B. chikungunya
- C. zika
- D. No se ha contagiado

24. ¿Considera usted que en estos momentos es posible contraer el virus de dengue, chikungunya y/o zika en su comunidad?

Si

No

25. Si en la en 23 contesta “D” salte a la siguiente pregunta ¿Cómo se puede tratar la infección por el virus de dengue, chikungunya y/o zika?

26. ¿Qué hace usted para evitar contagiarse de estas enfermedades?

27. ¿Qué grupo de personas son más vulnerables a contraer dengue, chikungunya y/o zika?

28. ¿Sabe usted cómo es que se transmite o contagia la enfermedad?

VI Percepción del Riesgo			
25 ¿Cómo se puede tratar la infección por el virus de dengue, chikungunya y/o zika?	26 ¿Qué hace usted para evitar contagiarse de estas enfermedades?	27 ¿Qué grupo de personas son más vulnerables a contraer dengue, chikungunya y/o zika?	28 ¿Sabe usted cómo es que se transmite o contagia la enfermedad?

Observaciones:

REFERENCIAS CITADAS

LIBROS DIGITALES

Augé, M. (2012) *La comunidad ilusoria*. Barcelona, España. Editorial Gedisa.

De Sousa Santos, B. (2009). *Una epistemología del sur*. Buenos Aires: CLACSO, Siglo XXI

Douglas, M. (1996) *“La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales”*. Buenos Aires, Editorial PAIDÓS.

FUNDASAL y PNUD (2009) *Escenarios de vida desde la exclusión urbana. Una mirada al hábitat popular en 32 ciudades de El Salvador*. San Salvador, El Salvador.

Garrido Peña, F., González de Molina, M., Serrano Moreno, J.L. & Solana Ruíz, J. L. (2007) *El paradigma ecológico en las ciencias sociales*. ISBN 978-84-7426-756-3, págs. 85-112

Guber, R. (2011) *“La etnografía: Método, campo y reflexividad”*. 1ª ed. Buenos Aires, Siglo Veintiuno Editoriales.

Lomnitz, L. (1975) *“Como Sobreviven los Marginados”*. Siglo XXI

MARN, SNET, PNUD (2008) *“Recopilación histórica de los desastres en El Salvador 1900-2005”*. 1ª ed. San Salvador, El Salvador.
<http://portafolio.snet.gob.sv/digitalizacion/pdf/spa/doc00003/doc00003-contenido.pdf>

Menéndez, E. L. (2020) *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. Buenos Aires Argentina. EDUNLa. DOI: 10.18294/9789874937490

MINSAL (2017) *Modelo de salud urbana y Plan de implementación*. 1° ed. El Salvador. Viceministerio de Servicios de Salud. Impresos Múltiples

(2015) *Estrategias de información, educación y comunicación para el abordaje del dengue, chikunguña y zika*. San Salvador.

OPS (2002) *Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades*, segunda edición. Washington DC

Pedriguero, E. y Comelles, J.M. (2000) *“Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina”*. Barcelona, Balletara editoriales.

Restrepo, E. (2018) *Etnografía. Alcances, técnicas y éticas*. 1ª Ed. Lima. Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos

San Martín, H. (1985) *Salud y Enfermedad*. México, Editorial Copilco.

Ruiz Olabuénaga, J.I. (2012) *“Metodología de la investigación cualitativa”* 5.ª Edición, Universidad de Deusto, Bilbao.

ARTICULOS Y REVISTAS DIGITALES

Basile, G. (2018). La salud internacional Sur Sur : hacia un giro decolonial y epistemológico. II *Dossiers Salud Internacional Sur Sur*. CLACSO. En http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20190320033726/II_DOSSIERS_DE_SALUD_INT_SUR_SUR_GT2019.pdf

Blanco, M. (2012) ¿Autobiografía o autoetnografía?, *Desacatos*, enero-abril N° 38, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. pp. 169-178.

Breilh, J. (2013) La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública. *Salud Colectiva, Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31, (supl 1).

- Breilh, J. (2010) La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*, 6(1), enero-abril, pp. 83-101.
- Cuellar, N., Díaz, O. & Salinas, K. (2017) Tendencia de abastecimiento de agua en el AMSS y desafíos de restauración ambiental en El Salvador. *Prisma*. 14 de febrero. Recuperado de: <http://www.prisma.org.sv/publicaciones/tendencia-de-abastecimiento-de-agua-en-el-amss-y-desafios-de-restacuracion-ambiental-en-el-salvador/>
- Echeverri, J. (2010) "Relaciones entre las ciencias sociales y el campo de la salud" Medellín, *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 2(2). <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsua/v2n2/v2n2a5.pdf>
- Ellis, C., Adams, T. & Bochner, A. (2015). Autoetnografía: un panorama. *Astrolabio*, 14, CIECS. pp. 249-273. Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/astrolabio/article/view/11626>
- García Acosta, V. (2005) El riesgo como construcción social y la construcción social de riesgos. *Desacatos*, núm. 19, septiembre-diciembre, pp. 11-24.
- Hernández L. (2017) "Democratización de la Salud en la modernización del Estado: El Salvador 1950-1960". *La Universidad*, No 33-34, abril-septiembre.
- Lungo (1995) Problemas Ambientales, Gestión Urbana del AMSS. *Prisma* No 12, Julio-Agosto
- Martínez, P., Meléndez, F. (2020). Vulnerabilidad y percepción: Una aproximación antropológica al Covid-19 en El Salvador. *Perifèria*, 25(2), pp.179190. <https://doi.org/10.5565/rev/periferia.771>

- Menéndez, E. L. (2018) Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos* 58, septiembre-diciembre pp. 104-113.
- (2005) El modelo Médico y La Salud de los Trabajadores. *Salud Colectiva*, Enero-Abril, pp. 9-32.
- (2003) "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas" *Ciencia & Salud Colectiva*, pp. 185-207.
- (1998) "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes". *Estudios sociológicos*, pp. 37-67.
- (1997) "El punto de vista del actor. Homogeneidad, diferencia e historicidad". *Relaciones* 69, pp. 237- 271.
- (1994) "¿Qué es medicina tradicional?" *Alteridades*, 4(7), pp. 71-83 Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa, Distrito Federal, México.
- MINSAL (2015) Boletín Epidemiológico. Semana 44 (del 01 al 07 de noviembre). *Dirección de Vigilancia Sanitaria*. El Salvador.
- Pizza, G. (2005) Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, "capacidad de actuar" (agency) y transformaciones de la persona. *Revista de Antropología Social*, 14, pp. 15-32.
- Nichter, M. (2006) Reducción del daño: una preocupación central para la antropología médica. *Desacatos*, núm. 20, enero-abril, pp. 109-132
- Rodríguez Carrasco, B., Alonso Cordero, M., Scull Scull, G., & Boyeros Fernández, E. (2008). Comportamiento de los factores de reemergencia del dengue en América Latina y el Caribe. *Medimay*, 14(1), 3-14.

Recuperado

de:

<http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/279/506>

Suárez, R., Beltrán, E.M., Sánchez, T. (2006) “El sentido del riesgo desde la antropología médica: consonancias y disonancias con la salud pública en dos enfermedades transmisibles”. *Antípoda*, nº3, julio-diciembre, pp. 123-154.

TESIS

Amaya Umaña, A.D., Girón Aguillón, M.E., Pérez Cruz, W.A. (2006) “*Reconstrucción del movimiento contra la privatización de la salud en El Salvador, 1998 – 2006*” (Tesis de Pregrado). Universidad de El Salvador. El Salvador.

Durán, D. (2016) “*historia de las políticas públicas de salud sobre las enfermedades transmisibles en el salvador: 1950-2000*” (Tesis de Pregrado). Universidad de El Salvador, San Salvador.

BLOGS Y SITIOS WEB

Martínez, J. (20/11/2018) “Acelhuat”. [Patria Literaria] Recuperado de:
<http://nestordanilootero.blogspot.com/2009/07/accelhuat.html>

OMS (24/9/2016) “*denguey denguegrave*” [En Línea] Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/es/>

(24/9/2016) “*chikungunya*” [En Línea] Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs327/es/>

(24/9/2016) “*Enfermedad por el virus de zika*” [En Línea] Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/zika/es/>

SEGUNDA PARTE
INSTRUMENTOS DE PLANIFICACION DEL PROCESO DE
GRADO, 2019

1. PLAN DE LA INVESTIGACION DEL PROCESO DE GRADO, 2019

2. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LAS EPIDEMIAS TRANSMITIDAS POR
EL ZANCUDO COMUNIDAD TUTUNICHAPA III, (2017-2019)

3. RESPONSABLES DE LA INVESTIGACIÓN Y TRIBUNAL CALIFICADOR

PLAN DE LA INVESTIGACION DEL PROCESO DE GRADO, 2019

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
“Licenciado Gerardo Iraheta Rosales”



PLAN DE TRABAJO DE LA INVESTIGACIÓN EN PROCESO DE
GRADO 2019

PRESENTADO POR:

MARTÍNEZ JURADO, PEDRO RAFAEL

MJ13005

PLANIFICACIÓN ELABORADA POR ESTUDIANTE EGRESADA DE
LICENCIATURA EN ANTROPOLOGÍA SOCIOCULTURAL A LA UNIDAD DE
PROCESOS DE GRADO DE LA ESCUELA CICLO I Y II 2019

Maestra. Susana Maybri Salazar
DOCENTE ASESORA

Licenciado Juan Francisco Serarols Rodas
COORDINADOR GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN DE LA
ESCUELA

CIUDAD UNIVERSITARIA, MAYO 2019, EL SALVADOR
SAN SALVADOR,

INDICE

	PÁGINAS
INTRODUCCIÓN.....	161
1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE GRADO.....	161
1.1. ORGANIZACIÓN DE REQUERIMIENTOS.....	161
1.2. PRODUCTOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.....	162
1.3. ADINISTRACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROCESO DE GRADO....	162
2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS.....	163
2.1. GENERALES.....	163
2.2. ESPECIFICOS.....	163
3. ACTIVIDADES Y METAS.....	163
4. ESTRATEGIAS DE TRABAJO PARA LA INVERSTIGACIÓN.....	165
5. POLITICAS INSTITUCIONALES Y GRUPO DE INVESTIGACIÓN.....	166
6. RECURSOS HUMANO, MATERIALE – FINANCIERO Y DE TIEMPO....	167
7. MECANISMOS DE CONTROL Y EVALUACIÓN.....	167
ANEXOS.....	168
1. CRONOGRAMA.....	168
2. PRESUPUESTO PARA LA INVESTIGACIÓN.....	168
BIBLIOGRAFÍA.....	169

INTRODUCCIÓN

La planificación ha sido elaborada por el estudiante egresado de la licenciatura en Antropología Sociocultural de la escuela de ciencias sociales “Licenciado Gerardo Iraheta Rosales”, de la Facultad de Ciencias y Humanidades de la Universidad de El Salvador, cumpliendo con la primera etapa del “Reglamento General de Proceso de Graduación de la Universidad de El Salvador” para optar al grado de Licenciado en Antropología Sociocultural.

La planificación se titula: Plan de Trabajo en Proceso de Grado (2019), donde se establecerán las actividades que se realizarán durante la investigación. El objetivo de que se pretende es determinar las etapas y fases durante todo el proceso de grado de inicio a finalización para culminar la investigación, y así lograr los objetivos y metas.

La importancia de esta planificación como instrumento técnico-administrativo que guía el proceso de grado sobre la temática seleccionada en esta investigación. El contenido de este documento comprende lo siguiente: I. Descripción del proceso de grado, II. Objetivo General y Específicos, III. Actividades y Metas, IV. Estrategias

La investigación se realiza a través del método etnográfico, el cual consiste en la convivencia prolongada con los sujetos de estudio en el contexto en el cual se desarrollan. Este método consta diferentes técnicas como la observación participante, entrevistas estructurada, semi-estructuradas e informales y un registro en diario de campo.

1.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE GRADO

1.1 ORGANIZACIÓN Y REQUISITOS

El proceso de grado puede ser realizado por estudiantes que tengan la calidad de egresados, según el artículo 183 del “Reglamento de la gestión Académica Administrativa de la Universidad de El Salvador “ dicha calidad es dada a “un estudiante de la Universidad de El Salvador, que cumple los requisitos: a) Haber cursado y aprobado la totalidad de unidades de aprendizaje que le exige su plan de estudios y haber cumplido con el número de unidades valorativas exigidas en el mismo” (UES, 2013:40)

La investigación “La construcción social de las epidemias transmitidas por el zancudo en la Tutunichapa III (2017-2019)” se realiza como parte del proceso que

estudiantes egresados deben seguir para obtener el título de licenciados/as. Dicho trabajo tiene tres características: Organizadas, Objetiva y Sistemática; la investigación se realiza a partir de la formulación de una pregunta, hipótesis y objetivos formulados por los estudiantes egresados/as de acuerdo con las particularidades de sus temas. Estudiantes egresados realizarán la investigación bajo la tutela de un docente asesor quien es “el responsable de coordinar y evaluar el trabajo de grado en todos sus componentes, bajo la supervisión de un coordinador general de procesos de graduación o departamento de la respectiva facultad” (UES, 2013:43)

El proceso de grado se realiza en un mínimo de seis meses o un máximo de doce meses.

1.2 PRODUCTO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

El producto de la investigación será un informe final, mismo que ya estará aprobando por la docente asesora Máster Susana Maybri Salazar, por el coordinador de proceso de grado Licenciado Juan Francisco Serarols Rodas y se presentará a un tribunal evaluador elegido por los miembros de Junta directiva de la Facultad de Ciencias y Humanidades. La investigación es de tipo cualitativa y se realiza por el estudiante egresado Pedro Rafael Martínez Jurado.

1.3 ADMINISTRACIÓN DEL PROCESO DE GRADO

1.3.1 DOCENTE ASESORA: SUSANA MAYBRI SALAZAR, responsable de coordinar y evaluar el trabajo de grado en todos sus componentes, bajo la supervisión del DIRECTOR DE PROCESO DE GRADO: LICENCIADO JUAN FRANCISCO SERAROLS RODAS, quien será responsable de la organización y planificación de los procesos de graduación.

1.3.2 ESTUDIANTE EGRESADO

Pedro Rafael Martínez Jurado

1.3.3 TRIBUNAL CALIFICADOR DEL INFORME FINAL

El tribunal evaluará los productos obtenidos en la ejecución o desarrollo de la investigación y la exposición y defensa del informe final de investigación. Estará integrado por tres miembros que serán nombrados por junta directiva, a propuesta del Coordinador general de procesos de graduación, de entre los docentes de la facultad de acuerdo con la temática desarrollada en el trabajo de graduación y deberá ser parte integrante del mismo el Docente Director

2.

IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

2.1 OBJETIVO GENERAL

Investigar cómo se construyen socialmente las epidemias transmitidas por el zancudo.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Reconocer los contextos en los que se desarrollan la comunidad Tutunichapa III para poder caracterizar y explicar las condiciones que facilitan el contagio de las epidemias transmitidas por el zancudo.
2. Conocer la percepción del riesgo de la población en torno a las enfermedades transmitidas por el zancudo en la comunidad Tutunichapa III para explicar su comportamiento hacia el proceso de salud/enfermedad/atención
3. Identificar las formas en que se atienden las enfermedades transmitidas por el zancudo para caracterizar el modelo de atención predominante en la comunidad Tutunichapa III

3.

ACTIVIDADES Y METAS

3.1 ACTIVIDADES

Elaboración y entrega de documentos de propuesta de perfil de tema de investigación.

Asesorías programadas, reuniones con el coordinador general de procesos de graduación, el estudiante y docente asesora.

Presentación y socialización del Reglamento Interno del Seminario de Graduación y Plan de Trabajo a participantes del Seminario de Investigación.

Elaboración y revisión de instrumentos para recolección de datos.

Realizar gestiones y contactos con informantes clave, para crear las mejores condiciones para la realización de las entrevistas.

Presentación a la Coordinación General de Procesos de Graduación los documentos de planificación: Plan de trabajo y Protocolo de Investigación.

Construir los avances de los capítulos a partir de ordenar y clasificar la información recolectada, utilizar programa cualitativo y categorizar los datos, hacer los análisis y presentar la primera versión de los resultados.

Incorporar observaciones al documento final y entrega, preparar la logística de exposición y defensa de los resultados de investigación.

Redactar el documento de Informe Final con las observaciones del tribunal, presentar los documentos a las instancias establecidas y finalizar el proceso.

3.2 METAS

Presentar el perfil de investigación del proceso de grado en el periodo del 8 al 12 de febrero de 2019.

Presentar al Coordinador General y a los Docentes Asesores los documentos de Planificación de la investigación en el periodo de 23 de febrero al 17 de marzo de 2019.

Ejecutar los protocolos en el trabajo de campo y la transcripción de avances en el periodo del 13 de marzo al 26 de mayo de 2019.

Elaborar y entregar 3 avances de los capítulos de informe de investigación: en el periodo del 5 de abril al 31 de julio de 2019.

Entregar a la Coordinadora General 4 documentos de Informe Final completos para el Tribunal Clasificador en el periodo del 25 al 29 de agosto de 2019.

Presentar los tres Informes Finales de Investigación empastados con observaciones incorporadas en el periodo del 8 al 19 de septiembre de 2019.

4.

ESTRATEGIAS DE TRABAJO PARA LA INVESTIGACIÓN.

4.1 ASESORÍAS PARA EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN

Las asesorías se realizarán cada 15 días entre el estudiante egresado Pedro Martínez y la Maestra Susana Salazar con el fin de orientar las diversas fases del proceso investigativo: Planificación: diseño del protocolo de investigación e instrumentos para la recolección de información; Visitas de campo: visitas periódicas a la comunidad en las cuales se harán contactos con los distintos sectores y se implementarán los instrumentos de recolección de información, así como la sistematización de la información obtenida; Redacción y defensa del informe final.

4.2 METODOLOGÍA SELECCIONADA PARA EL ESTUDIO

La investigación se realiza a través del método etnográfico, el cual consiste en la convivencia prolongada con los sujetos de estudio en el contexto en el cual se desarrollan. Este método consta de diferentes técnicas como la observación participante, entrevistas estructuradas, semi-estructuradas e informales y un registro en diario de campo.

4.3 INVOLUCRAMIENTO DE SECTORES E INSTITUCIONES

Los sectores involucrados en la investigación serán los habitantes de la comunidad Tutunichapa III, el personal de la Unidad de Comunitaria de Salud Familiar San Miguelito, y los miembros de la junta directiva de la Asociación de Desarrollo Comunitario de la comunidad Tutunichapa.

4.4 CRITERIOS Y SELECCIÓN DE LOS INFORMANTES CLAVES

Los criterios para la elección fueron: 1) personas que vivan en la comunidad Tutunichapa III o en alguna de las colonias aledañas como la colonia "Guatemala" y la colonia "El Bosque"; 2) personas que se hayan contagiado de alguna de las enfermedades transmitidas por el zancudo; 3) personas que hayan cuidado a alguien enfermo de las enfermedades transmitidas por el zancudo; 4) Trabajadores del sector salud (enfermeras/os, promotores de salud, Médicas/os, etc).

4.5 VISITAS DE CAMPO A COMUNIDAD

Las visitas de campo se realizarán de manera periódica 2 veces por semana.

4.6 SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN AL PROCESO INVESTIGADO

El seguimiento del proceso de investigación será realizado por la docente asesora Susana Salazar, quien evaluará las propuestas de capítulos y dará asesorías sobre las diversas fases de la investigación.

4.7 PRESENTAR LOS DOCUMENTOS Y SOCIALIZACIÓN DE LOS RESULTADOS EN FECHA PROGRAMADA.

La presentación de los documentos será socializado durante un evento en el cual se defenderán los resultados obtenidos durante todo el proceso de investigación.

5.

POLITICAS INSTITUCIONALES Y GRUPOS DE INVESTIGACIÓN

5.1 POLÍTICAS INSTITUCIONALES

La investigación será orientada con base al “Reglamento de la gestión Académica-Administrativa de la Universidad de El Salvador”, cumpliendo la normativa de la Facultad de Ciencias y Humanidades, la administración académica y de la Escuela de Ciencias Sociales.

Al finalizar el proceso de grado se presentaran a la Administración Académica y a la Escuela de Ciencias Sociales los ejemplares como producto de investigación realizada.

5.2 POLÍTICAS DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN

El estudiante egresado cumplirá con la normativa Universitaria y con la planificación contemplada en el “Reglamento de la gestión Académica-Administrativa de la Universidad de El Salvador”, además de tener un acercamiento con la docente asesor. El estudiante presentará los documentos de planificación en las fechas establecidas, además de presentar el documento final de la investigación y acatar las observaciones incorporadas por el docente asesor y el director de procesos de grado.

6.

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES-FINANCIEROS Y TIEMPO

Los recursos necesarios para la realización del proceso de investigación son de carácter humano, materiales, financieros y económicos, estos serán detallados a continuación

6.1 RECURSOS HUMANOS

Estudiante Egresado: Pedro Rafael Martínez Jurado

Docente Asesor: Susana Salazar

6.2 RECURSOS MATERIALES

Para realizar la investigación es necesario contar con resmas de papel bond, cajas de bolígrafos, folders tamaño carta y oficio de color azul y beige, cuadernos, memoria USB, cámara fotográfica, impresora, fotocopias, computadora, CD, anillad, uso de internet, transporte, uso de teléfono celular.

Todo este material se necesitara para los documentos de planificación instrumentos para recolectar información, para la presentación de avances de investigación y la redacción del informe final de investigación.

6.3 RECURSOS FINANCIEROS

La investigación será financiada por el estudiante a quien está a cargo la investigación "La construcción social de las epidemias transmitidas por el zancudo en la Tutunichapa III (2017-2019)"

6.4 RECURSO TIEMPO

El tiempo en el que se realizara la investigación será durante el proceso establecido por la escuela de ciencias sociales y acordado por el estudiante, el cual consta de doce meses a partir de febrero de 2019 a febrero de 2020. Una fase de planificación de tres meses, segunda fase seis meses más, finalizando en la tercera fase de de dos semanas (anexo 1)

ANEXOS

Cronograma

<u>Actividad</u>	<u>Febrero</u>	<u>Marzo</u>	<u>Abril</u>	<u>Mayo</u>	<u>Junio</u>	<u>Julio</u>	<u>Agosto</u>	<u>Septiembre</u>
Elaboración de plan de trabajo	X							
Elaboración de proyecto y plan de investigación		X	X					
Presentación a la comunidad y entrada a campo			X					
Aplicación de herramientas de recolección de datos			X	X	X	X		
Sistematización y procesamiento de datos recopilados			X	X	X	X		
Redacción de Informe de Campo			X	X	X	X		
Redacción de documento de investigación					X	X	X	X
Defensa de resultados								X

PRESUPUESTO

RECURSOS	GASTO ESTIMADO
RECURSO HUMANO	
- Alimentación	\$420
- Revisión de doc. y trabajo dentro de la comunidad	\$800
RECURSOS MATERIALES	
- Laptop	\$100
- papelería	\$20
- Internet	\$150
- Cámara	\$300
- Grabadora de audio	\$100
- Repelente de insectos (4)	\$16
- Transporte (\$0.40 diarios)	\$22.40
Total	\$1,928.40

BIBLIOGRAFÍA

- 1 UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, 2013. Reglamento de la Gestión Administrativa de la Universidad de El Salvador. San Salvador, Consejo Superior Universitario, Diario Oficial.
- 2 UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, 2014. Instructivo Especifico sobre Egreso y Proceso de Graduación en la Escuela de Ciencias Sociales. El Salvador.

PROYECTO DE INVESTIGACION

**LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LAS EPIDEMIAS TRANSMITIDAS POR EL
ZANCUDO COMUNIDAD TUTUNICHAPA III, (2017-2019)**

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
“Licenciado Gerardo Iraheta Rosales”



LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LAS EPIDEMIAS TRANSMITIDAS POR EL
ZANCUDO COMUNIDAD TUTUNICHAPA III, (2017-2019)

PRESENTADO POR:

MARTÍNEZ JURADO, PEDRO RAFAEL

MJ13005

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN, ELABORADA POR ESTUDIANTE
EGRESADA DE LICENCIATURA EN ANTROPOLOGÍA SOCIOCULTURAL A
LA UNIDAD DE PROCESOS DE GRADO DE LA ESCUELA CICLO I Y II 2019

Maestra. Susana Maybri Salazar
DOCENTE ASESORA

Licenciado Juan Francisco Serarols Rodas
COORDINADOR GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN DE LA
ESCUELA

CIUDAD UNIVERSITARIA, MAYO 2019, EL SALVADOR
SAN SALVADOR,

Índice

	Páginas
Introducción.....	173
Resumen.....	174
1 identificación.....	174
2 descripción del tema de investigación.....	174
3 planteamiento del problema.....	174
4 objetivos generales y específicos.....	178
5 marco teórico.....	179
6 metodología.....	190
Delimitación, tiempo y espacio.....	192
Propuesta de capítulos.....	194
Bibliografía.....	195

INTRODUCCIÓN

En el último quinquenio las enfermedades transmitidas por el zancudo tuvieron un alza, las estadísticas de casos de dengue subieron y en el 2013 se incorporó la fiebre chikungunya con cifras muy elevadas, al año siguiente el zika se suma al repertorio de enfermedades que transmite el zancudo. El número de casos de chikungunya ascendió arriba de los 150 mil, prácticamente todos en el país (y en varias partes del mundo) se enfermó de estas enfermedades que se configuraron como epidemias.

En las siguientes páginas busco abarcar tanto las prácticas de la población como la articulación de sus condiciones materiales de vida y su estructura simbólica, que son los dos pilares que fundamentan la práctica social y como estas son influenciadas en una escala local; otra de carácter económico y político nacionales; y otra de carácter global con la influencia de las políticas de la OMS y OPS, así como sus cambios a lo largo de la historia, lo cual nos permitirá analizar la construcción social del riesgo que la población que vive en zonas de foco de contagio de las tres enfermedades a las que aquí nos referimos.

Dicho estudio será realizado en un lugar que posee altos índices de contagio de estas enfermedades sin dejar de lado sus relaciones con la sociedad amplia, con el fin de contrastar la percepción de las la población con la del personal médico, por este motivo se ha seleccionado a la comunidad Tutunichapa III, ubicada en el municipio de San Salvador, departamento de San Salvador, El Salvador, ya que según los datos de la unidad comunitaria de salud familiar “San Miguelito” (UCSF) es una de las zonas que, dentro de su área de acción, posee mayor índice de infección de dichas enfermedades.

La estructura de este proyecto de investigación consta de una revisión de los trabajos con temática similar que antecedieron a este trabajo; La justificación de realización de este tipo de estudio; la problematización de la temática; la hipótesis

y objetivos del trabajo; el marco teórico donde plantearemos los conceptos que utilizaremos para abordar la problemática; el encuadre metodológico donde explicaremos la factibilidad de la entrada al campo, el registro de la información; el cronograma de actividades; el presupuesto y las referencias citadas

RESUMEN

1 IDENTIFICACIÓN

2 DESCRIPCIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

La finalidad de esta de investigación es analizar los contextos sociales en que se desarrollan las epidemias transmitidas por el zancudo (Dengue, Chikungunya y Zika), tomando como ejemplo etnográfico la comunidad Tutunichapa III de la colonia Guatemala, San Salvador que se caracterizó por tener una alta tasa de morbilidad de estas enfermedades.

3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según Duran (2016) las enfermedades transmisibles¹³ han sido un problema de salud desde la época colonial (antes de eso no se cuenta con registros) y lo continúan siéndolo en la actualidad, a pesar de que ya no son la principal causa de muerte desde los sesenta sus efectos como causas de enfermedades han aumentado considerablemente, sobre todo cuando estas enfermedades alcanzan los niveles de epidemia o endemia¹⁴. La autora considera que en cada periodo

¹³ Cuando decimos que una enfermedad es transmisible, infecciosa o comunicable se quiere decir que se ha pasado o transmitido de hombre a hombre, de animal a animal, o de animal a hombre, cabe aclarar que una enfermedad contagiosa es una enfermedad infecciosa que se transmite fácilmente por medio del contacto, como por ejemplo, la viruela por tanto la fiebre amarilla y el paludismo son enfermedades infecciosas que no son contagiosas, transmitiéndolas únicamente los zancudos (Bolívar, 1928: 8-9).

¹⁴ En epidemiología es entendida como infecciosa que *excede la frecuencia habitual* de casos en una población con relación al área geográfica, época del año o experiencia previa. Sin embargo por manejabilidad del concepto la entenderemos como enfermedad que ataca en una misma zona geográfica a un gran número de individuos a la vez; de esta forma no realizaremos mayor distinción entre “epidemia” y “endemia”- Enfermedad que se manifiesta constantemente durante épocas fijas

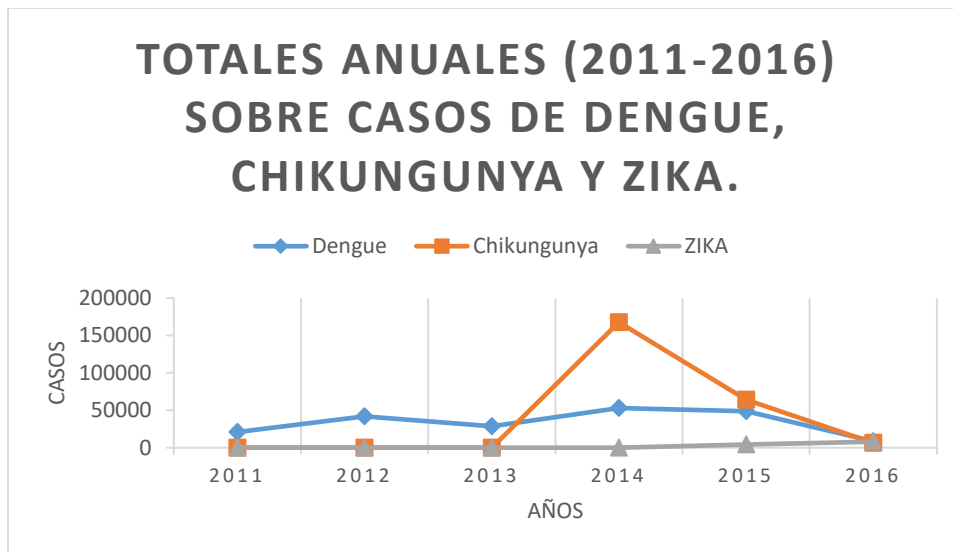
histórico podemos caracterizar a los sectores más vulnerables de la población salvadoreña a este tipo de enfermedades: en la colonia fueron los grupos étnicos indígenas y ladinos; en el siglo XIX fueron las clases dedicadas al peonaje y la agricultura, aunque tanto en ambos periodos cuando las enfermedades alcanzaron niveles nacionales afectaron a todos los grupos sociales; esto cambia a partir del siglo XX donde la población con pobreza extrema y la niñez fueron los más afectados por estas enfermedades. Duran (ídem) afirma que esto se debió a que este grupo poblacional ha tenido más dificultades para el acceso a servicios básicos, a educación e incluso a la salud, a causa del sistema estratificado de acceso a los servicios de salud que se ha configurado en nuestro país a lo largo de la historia.

Entre las enfermedades transmisibles aquellas que son contagiadas por vectores han sido uno de los grandes problemas para nuestro país y el mundo entero, entre estas enfermedades podemos destacar aquellas que son transmitidas por el zancudo, Dengue, Chikungunya y el Zika las cuales han tenido un realce desde el 2013, pues han ocasionado un aumento en el gasto de salud de miles de familias, así como el aumento en el gasto de los recursos de la cartera de salud, específicamente en medicamentos, personal e insumos. Duran (ídem) advierte que si no se toman las medidas adecuadas para controlar y erradicar la “triple epidemia” que nuestro país vive, estas pueden llegar a sobrepasar la capacidad en el primer nivel de atención de todo el Sistema Nacional de Salud.

Por otro lado los estudios sobre el riesgo de contraer las enfermedades transmitidas por el zancudo en El Salvador, han sido desarrollados mayoritariamente desde una perspectiva epidemiológica, y esta ha producido una serie conocimiento que sirven de insumo para la creación de programas, técnicas y saberes para el diagnóstico, tratamiento y la prevención de estas enfermedades. Sin embargo los índices de contagio de dengue de los últimos 5 años son muy

en ciertas áreas, regiones . Conceptos tomados del Diccionario de la Academia Nacional de Medicina Colombiana.

altos, manteniéndose el dengue, según datos del Ministerio de Salud (MINSAL), en un rango entre 20,000 y 60,000 casos registrados en todo el país anualmente desde el 2011. Si a esto le sumamos que a partir del 2014 han aparecido dos nuevas enfermedades transmitidas por el zancudo (chikungunya en el 2014 y zika en el 2015) En el año 2016 hubo una enorme reducción de casos de chikungunya y dengue, sin embargo “Los factores climatológicos, socioeconómicos y culturales influyen de forma notable en la reemergencia del dengue” (Rodríguez, 2008; 10 pp) y lo mismo se puede esperar de las dos nuevas enfermedades.¹⁵



Fuente: Basado en datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Gobierno de El Salvador

¹⁵ Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el vector principal de transmisión del Dengue, Chikungunya y Zika es el mosquito *Aedes aegypti*, pero únicamente por la picadura de las hembras infectadas, el cual vive en hábitats urbanos y se reproduce principalmente en recipientes artificiales y, a diferencia de otros mosquitos, se alimenta durante el día; los periodos en que se intensifican las picaduras son el principio de la mañana y el atardecer. El mecanismo de reproducción de la enfermedad es un ciclo de infecciones entre el zancudo infectado picando al ser humano sano y este al estar enfermo y siendo picado por un zancudo sano lo convierte en vector. Sin embargo para el caso del Zika es posible la transmisión sexual, y se están investigando otros modos de transmisión, como las transfusiones de sangre. A su vez, las características del vector constituyen a esta relación como un fenómeno predominantemente urbano. El mosquito solo puede contagiarse de una de estas a la vez, se han mantenido los casos de dengue junto con los altos índices de chikungunya y el creciente de zika.

No hay tratamiento específico o curativo desde la medicina académica o biomedicina para ninguna de las tres enfermedades, sino tan solo aliviar los síntomas hasta que las enfermedades cumplan con sus ciclos de duración. Para esto los pacientes deben estar en reposo, beber líquidos suficientes y tomar medicamentos comunes para el dolor y la fiebre, si los síntomas empeoran deben consultar al médico. En caso de dengue grave es decisivo mantener el volumen de los líquidos corporales. En la actualidad solo existe vacuna el dengue.

Hoy por hoy, el único método para controlar o prevenir la transmisión del dengue, chikungunya y zika promovido por la OMS (24/9/2016) y el MINSAL consiste en luchar contra los mosquitos: evitar que los mosquitos encuentren lugares donde depositar sus huevecillos aplicando el ordenamiento y la modificación del medio ambiente; eliminar correctamente los desechos sólidos y los posibles hábitats artificiales; cubrir, vaciar y limpiar cada semana los recipientes donde se almacena agua para uso doméstico; aplicar insecticidas adecuados a los recipientes en que se almacena agua a la intemperie; utilizar protección personal en el hogar, como mosquiteros en las ventanas, usar ropa de manga larga, materiales tratados con insecticidas, espirales y vaporizadores; mejorar la participación y movilización comunitarias para lograr el control constante del vector.

Usualmente la opinión de los profesionales de salud (médicos, personal de enfermería, promotores de salud, etc.) sobre esta vigencia de las enfermedades de transmitidas por el zancudo, y las transmisibles en general, es que la población no atiende las recomendaciones que se les dan para la prevención de la proliferación del zancudo y otras plagas.

Esta forma de pensar ya ha sido señalada por Eduardo Menéndez (1998) refiriéndose a la forma en que se ha analizado el riesgo a contraer una enfermedad por parte de la medicina académica, particularmente en la rama de epidemiología, la cual se ve justificada con utilización el concepto de “estilo de vida”, el cual tiene significados distintos dependiendo de qué disciplina lo ocupe. La epidemiología

se limita a definirlo como una conducta riesgosa, pero desde la antropología médica se realiza una crítica a esta acepción acusándola de eliminar la perspectiva holística, al excluir del análisis la relación entre ideología y las condiciones materiales. Por tanto dicha acepción está fundamentada en un sesgo sociocéntrico, ya que no solo coloca al enfermo como responsable de su enfermedad sino que disminuye en la misma proporción la responsabilidad de las instituciones productoras de la enfermedad.

Por este motivo es necesario realizar un estudio que abarque tanto las prácticas de la población como la articulación de sus condiciones materiales de vida y su estructura simbólica, que son los dos pilares que fundamentan la práctica social y como estas son influenciadas en una escala local; otra de carácter económico y político nacionales; y otra de carácter global con la influencia de las políticas de la OMS y OPS y la introducción de estas enfermedades a nuestro contexto de estudio. Todo esto con una perspectiva diacronica, lo cual nos permitirá analizar la construcción social del riesgo que la población que vive en zonas de foco de contagio de las tres enfermedades a las que aquí nos referimos.

En otras palabras debemos de preguntarnos sobre ¿Cómo se construyen socialmente esta triple epidemia?, ¿Cuáles son los contextos en que estas enfermedades pasan a adquirir el carácter de epidemia para la población?, ¿Qué tipo de estilo de vida permite su desarrollo?, ¿En qué contextos pierden dicha condición?, ¿Qué enfermedad toma su lugar?, ¿Cómo las personas perciben estas enfermedades?, ¿Qué tanta importancia se les da por parte de la población? Y en este sentido preguntarse ¿Cómo se atienden a los enfermos? ¿Quién es el cuidador y quien es el cuidado?

4 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

General: Investigar cómo se construyen socialmente las epidemias transmitidas por el zancudo.

4. Reconocer los contextos en los que se desarrollan la comunidad Tutunichapa III para poder caracterizar y explicar las condiciones que facilitan el contagio de las epidemias transmitidas por el zancudo.
5. Conocer la percepción del riesgo de la población en torno a las enfermedades transmitidas por el zancudo en la comunidad Tutunichapa III para explicar su comportamiento hacia el proceso de salud/enfermedad/atención
6. Identificar las formas en que se atienden las enfermedades transmitidas por el zancudo para caracterizar el modelo de atención predominante en la comunidad Tutunichapa III

5 MARCO TEÓRICO

En este apartado realizaremos una exposición de los conceptos que utilizamos para explicar la construcción social de las epidemias transmitidas por el zancudo. En primer lugar, realizarnos una revisión sobre cómo se ha abordado la salud desde las ciencias sociales, posteriormente expondremos la conceptualización del proceso de salud/enfermedad/atención, el cual forma parte a su vez del concepto de “estilos de vida”. Finalmente desglosaremos “estilos de vida” mediante la conceptualización de espacio urbano, percepción del riesgo y modelos de atención.

1. Las visiones de salud: “dualista” y “constructivista”

Para Echeverri (2010) el abordaje de la salud en las ciencias sociales se encuentra emparentado desde su nacimiento con el de las ciencias de la salud ya que ambas surgieron en el mismo contexto histórico – siglo XVIII – que, en su origen, vinculaba el conocimiento de los grupos sociales y sus condiciones de vida, sin embargo estas disciplinas se desviaron en su desarrollo futuro generando en las ciencias médicas una visión que privilegiaba los determinantes biológicos.

La reflexión de Suárez (2006) sobre la obra de Auguste Comte nos indica que incluso dicha vinculación con lo social estaba en función del control de la población mediante el uso de una metodología positivista basada en la estadística:

Desde el siglo XVIII ésta apareció con el fin de describir las condiciones de la sociedad, y es Auguste Comte quien emplea un método completamente positivista para el análisis de la misma. Comte partía de que las sociedades estaban compuestas por poblaciones heterogéneas cuyo comportamiento podía ser identificado, descrito y predicho. Aquel que se desviara de la predicción sería clasificado como “patológico” (ídem, 125)

Durante los años posteriores, se establecieron dos perspectivas: “la primera, corresponde a la salud clásica y facultativa, que se comprende como el desarrollo de la medicina moderna, centrada en los campos de la fisiología, bioquímica, microbiología, entre otros, sosteniendo que las bases de estos conocimientos positivos daban respuestas más oportunas al dualismo de salud / enfermedad; la segunda, corresponde a la salud colectiva concebida desde las bases sociales y desde los diferenciales y determinantes ante la vida, la enfermedad y la muerte” (Ídem, 48-49).

Echeverri (2010) retoma la siguiente cita de Foucault “(...) no se pensará en principio en la estructura interna del ser organizado, sino de la bipolaridad médica de lo normal y de lo patológico” (Foucault, 1979, p. 62). Echeverri utiliza esta cita porque bajo su criterio ayuda a ejemplificar el parentesco entre las ciencias de la salud y las sociales, sin embargo para mí dicha cita hace alusión a la primera de las dos perspectivas mencionadas en el párrafo anterior – la del dualismo entre salud/enfermedad. Aquí Foucault en realidad no critica la posterior separación de la noción de lo social de la medicina formal, sino aquella visión de salud que busca la normalización y homogenización de las personas, donde todo lo que sale de lo normal es patológico, rasgo que desde su génesis ha caracterizado a la medicina

hegemónica, y la dificultad de superar este problema es evidente, ya que ni siquiera incorporar los determinantes sociales de la salud ha servido para contrarrestarlo.

La epidemiología hegemónica ha abanderado la perspectiva dualista entre salud/enfermedad, la cual, parafraseando a Breilh (2010), reduce sus estudios a un paquete de factores empíricos o variables, apenas asociados linealmente que deviene en “diagnósticos” de la salud de la ciudad realizados mediante esquemas formales cartesianos y lineales de datos del plano empírico, basándose únicamente en la estadística, e ignorando los procesos históricos en que se enmarcan.

En cambio Breilh (ídem) piensa que es necesario reconocer la complejidad de los procesos de salud y como esta es construida socialmente, integrando todas las relaciones que la determinan históricamente, de tal manera que permitan interpretar la génesis de los datos de campo, lo cual nos lleva a adoptar la segunda perspectiva que Echeverri (2010) resalta: salud colectiva concebida desde las bases sociales

Para abordar la construcción social de las enfermedades transmitidas por el zancudo nos apegaremos a la propuesta teórica de Eduardo Menéndez (1994) en la que propone entender dicha construcción como un proceso estructural que opera universalmente – pero de manera diferenciada – para todas las sociedades humanas y por tanto para todos los sistemas culturales. Dicha visión estructural implica que este proceso no puede verse de forma aislada de otros rubros sociales.

2. Proceso Salud/ Enfermedad/ Atención y Estilos de Vida

Menéndez denomina a este proceso como Salud/ Enfermedad/ Atención (S/E/A de acá en adelante) y puede ser definido como un proceso estructurado constituido tanto por los padecimientos como las respuestas hacia los mismos, en

el cual no sólo generarán representaciones y prácticas, sino que estructurarán un saber para enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos. (Ídem, 71)

Dicho autor también afirma que “[las enfermedades] Son parte de un proceso social dentro del cual se establece colectivamente la subjetividad; el sujeto, desde su nacimiento –cada vez más “medicalizado”–, se constituye e instituye, por lo menos en parte, a partir del proceso s/e/a.” (Ídem, 71). Esta aclaración es central ya que está cargada teórica y metodológica, muestra que el proceso S/E/A forma parte de un proceso aún mayor en el cual se construyen socialmente las subjetividades, en otras palabras, reconcilia la dicotomía “sociedad/ individuo” y, permite abordar la generalidad de la cultura a través de los modos de vida particulares a cada individuo, diversificando lo social y estructurando lo individual, con el uso del concepto “estilo de vida”.

Llegado este punto, me interesa aclarar que en la selección de la categoría o concepto que Menéndez utiliza para abarcar esta implicación del proceso s/e/a él realiza - de forma consciente y explícita - un debate interdisciplinario, entre las perspectivas críticas de la antropología médica y la epidemiología por un lado y, de la medicina biológica o hegemónica. Esta última también utiliza el concepto de “estilo de vida” pero lo hace comprendiéndolo como el comportamiento riesgoso de los individuos (ídem 1998, 49)

La forma en que la medicina hegemónica se ha apropiado de este concepto ha posibilitó circunscribir el estilo de vida a determinados padecimientos y formas de vida excluyendo otros. En este sentido, Menéndez se pregunta:

“¿Por qué fumar y comer grasas animales son riesgos de estilos de vida, y no lo es beber agua no potable o no comer a grados de desnutrición crónica? ¿Por qué caminar o correr por los parques constituye parte del estilo de vida y no el trabajo campesino o el de los albañiles? Todos estos comportamientos son parte de los estilos de vida” (ídem, 50)

Posteriormente señala que el riesgo colocado exclusivamente en el sujeto supone explícita o implícitamente que dicho sujeto es libre con capacidad y posibilidad de elegir. La cuestión aquí, supone definir qué es ser “libre” y observar quienes pueden realmente elegir. De esta manera los Estilos de vida en América Latina se caracterizan por la desigualdad económica. Cabe preguntarse por ejemplo ¿Quién puede realmente “elegir” trabajo? (ídem, 56)

Al colocar en el estilo de vida del sujeto la responsabilidad de su enfermedad constituye una variante de la “culpabilización de la víctima” que no solo coloca la responsabilidad de su enfermedad en el enfermo, sino que correlativamente reduce la responsabilidad de los contextos estructurales que la producen. La diferencia entre que comportamiento es considerado “estilo de vida” es que en algunos casos las posibilidades personales y del grupo de pertenencia pueden favorecer la modificación de sus comportamientos, mientras que a otros sujetos/grupos les es mucho más difícil debido a condiciones estructurales de orden económico y también cultural que limitan o impiden la posibilidad de elección (ídem, 50-56)

El concepto de “estilo de vida” que Menéndez (Ídem, 48) propone retoma los pensamientos de Max Weber en donde las forma de vida son diferentes según la clase social a la que pertenezcan y, en este sentido tenía como objetivo el producir un concepto que a partir de las dimensiones materiales y simbólicas posibilitara articulación entre sectores macro (estructura social) y de los grupos intermedios expresados en sujetos cuyo comportamiento se caracterizaba por un determinado estilo ejercitado en la vida cotidiana personal y colectiva. Era un concepto holístico, ya que por medio del sujeto/grupo pretendía observar la globalidad de la cultura expresada mediante estilos particulares.

Ahora bien, cabe aclarar que el autor señala una crítica al concepto de “clase social” pues agrupa en un mismo bloque y a partir de una concepción exclusivamente económico-política a actores sociales que desde otras

dimensiones y perspectivas teóricas no debían ser incluidos conjuntamente. “Más aún, para muchos de estos críticos, la clase social era un concepto que forzaba la integración de actores sociales inclusive no compatibles entre ellos” (Menéndez 1997, 256). Esto implica visibilizar la diversidad de posiciones de todos los actores que se encuentran presentes en nuestro estudio.

De este último punto surge el anclaje metodológico que acompaña al centro de nuestro corpus teórico, llamada “el punto de vista del actor” propuesta por Eduardo Menéndez (1997) la cual implica asumir que respecto de las estructuras social y de significado, existe potencialmente una diversidad de actores colocados en diferentes “lugares” de la estructura social y, por tanto asumir que aún en las sociedades supuestamente homogéneas no hay un solo actor que esté callado, sino que la mayoría de los actores pueden estarlo, ya que están silenciados cultural y/o políticamente por actores no sólo de sectores dominantes “externos”, sino por actores locales (ídem, 255) a demás nos hace poner énfasis en los contextos en que actores se desarrollan y así reconciliar la dicotomía “sociedad/individuo” lo cual permite abordar la generalidad de la cultura a través de los modos de vida particulares a cada individuo, pues estos han sido construidos socialmente.

Es necesario señalar que esta metodología está estrechamente vinculada a toda una serie de movimientos sociales que buscan recuperar, posibilitar, rehabilitar, incluir la palabra del otro, dentro del juego de poderes y micropoderes dominantes y por tanto a nivel de investigación socioantropológica, pero sobre todo en los trabajos de investigación/acción y de antropología aplicada, esta perspectiva metodológica estuvo referida no sólo a la recuperación de la racionalidad del “otro”, sino a la necesidad de incluir las necesidades/objetivos/decisiones de los actores para que éstos asuman como suyos los proyectos sobre problemas específicos, participen en ellos y no se consideren como meros reproductores o consumidores (ídem).

2.1 Geografía Urbana

Para comenzar a desglosar el proceso de s/e/a hay que partir por caracterizar los contextos en que se desarrollan las enfermedades que, en el caso de las transmitidas por el zancudo son predominantemente urbanas. Brelih (2010: 86) establece que “La epidemiología [crítica] de lo urbano requiere comprender los vínculos y diferencias de tres dimensiones del análisis que, si bien están estrechamente relacionadas, tienen su especificidad: espacio, geografía urbana y ecología urbana”.

Este autor define espacio como la categoría más general, la categoría de geografía urbana está incluida dentro de esta y abarca el conjunto dinámico de procesos naturales transformados históricamente, ubicados y localizados en la ciudad, por ejemplo, la infraestructura y equipamiento para los procesos económicos y simbólicos.

Uno de esos procesos son las características de la ecología urbana que comprende las relaciones de especies entre sí en la ciudad, y con su entorno orgánico e inorgánico, por ejemplo, la producción de desechos. Esto nos lleva a pensar la relación entre salud humana y ecosistema como “objetos que incluyen procesos de carácter biológico socialmente determinados” (idem: 87). Es necesario resaltar la advertencia de Brelih de que si queremos cuidar una perspectiva dialéctica que no recaiga en un determinismo biológico – como la perspectiva dualista – ni en el determinismo histórico, tenemos que trabajar las relaciones "social-biológico" y "sociedad-naturaleza", de tal manera que ninguna de las partes pierda su presencia en la determinación, sin embargo en el constante cambio de la salud los determinantes sociales inciden jerárquicamente sobre los naturales.

2.2 Pluralismo Medico y Hegemonía

En cuanto a las actividades que tienen que ver con la atención de las enfermedades en términos intencionales - es decir que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado - nos referiremos a ellas con el concepto de “modelos de atención” propuesto por Menéndez (2003, 186) entendido esta no solo como las de tipo biomédico, sino también la de carácter tradicional, popular, o medicina no hegemónica como la homeopática, etc. en nuestras sociedades la mayoría de la población utiliza potencialmente varias formas de atención no sólo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud, a esta articulación de modelos de atención le denominaremos “pluralismo médico”. Dichas articulaciones se desarrollan a través de diferentes dinámicas transaccionales dentro de relaciones de hegemonía/subalternida (ídem, 189)

La dicotomía hegemonía/subalternida se revela como una construcción histórica e ideológica y será necesario entender el origen, el desarrollo y los objetivos estratégicos en los términos políticos del control social y de la conservación del estado de las cosas, por un lado, y en los términos de la transformación y de la lucha contra las violencias estructurales que producen la desigualdad y el sufrimiento, por el otro (Pizza 2005, 27). Por tanto es necesario comprender el control social y simbólico que ejerce perspectiva biomédica sobre el resto de formas de atención, así como las resistencias que estas otras desarrollan.

2.3 Percepción del Riesgo

Otro proceso socio-biológico es la forma en que los actores sociales perciben el riesgo de contraer alguna enfermedad transmitida por zancudos. Para comprender mejor el debate sobre el concepto de “percepción del riesgo”, en la disciplina antropológica y otras ciencias afines, desglosaremos la discusión en dos secciones: la primera parte retomará las reflexiones de Luz Vargas sobre los distintos abordajes de la percepción en términos “generales”, es decir sin estar

referida a ningún fenómeno específico; y en segundo lugar veremos a la percepción referida específicamente al fenómeno del “riesgo”, y el lugar que esta ocupa dentro de la tradición teórica de “la construcción social del riesgo”.

La percepción, en términos generales, puede ser definida como la aprehensión sensorial, reflejo de las cosas en la conciencia a través de los sentidos (Audi, 2004:755). Sobre esto Vargas (1994; 47) nos advierte que si las diferencias observadas entre grupos sociales, que corresponden fundamentalmente al plano sociocultural, son confundidas con las diferencias perceptuales que tienen un carácter biocultural; entonces se corre el riesgo de generar inferencias erróneas sobre la existencia de grupos sociales con capacidades físicas menos o más evolucionadas, dando lugar a justificaciones “científicas” racistas, como ya ha ocurrido. La percepción es biocultural porque, por un lado, depende de los estímulos físicos y sensaciones involucrados y, por otro lado, de la selección y organización de dichos estímulos y sensaciones, de esta forma la percepción está matizada y restringida por las demarcaciones sociales que determinan rangos de sensaciones, sobre el margen de posibilidades físicocorporales; así, la habilidad perceptual real queda subjetivamente orientada hacia lo que socialmente está “permitido” percibir.

La misma autora nos presenta un análisis sobre las formas en que esta categoría ha sido manejada en los estudios de psicología y filosofía, en los cuales encontramos como punto de coincidencia un énfasis en la formulación de juicios de la realidad. Desde la psicología ha sido tratada dentro del ámbito de los procesos intelectuales conscientes, manifestando así un modelo lineal en donde el individuo es estimulado, tiene sensaciones y las intelectualiza formulando juicios u opiniones sobre ellas, circunscribiendo a la percepción en el ámbito de la mente consciente. La percepción no es un proceso lineal de estímulo y respuesta sobre un sujeto pasivo, sino que, por el contrario, están de por medio una serie de procesos en constante interacción y donde el individuo y la sociedad tienen un papel activo en la conformación de percepciones particulares a cada grupo social.

Más adelante Vargas (ídem: 49) señala que en la mayoría de las reflexiones filosóficas argumentan que la percepción busca conocer si lo percibido es real o es una ilusión, de modo que la percepción es concebida como la formulación de juicios sobre la realidad; tales juicios han sido entendidos como calificativos universales de las cosas. En esas aproximaciones no se toma en cuenta el contexto ni se considera el punto de referencia desde el cual se elabora el juicio; así, se reflexiona sobre las cualidades de los objetos sin tomar en consideración las circunstancias en las que tales cualidades se circunscriben. La percepción debe de ser comprendida como un proceso parcial, porque el observador no percibe las cosas en su totalidad, dado que las situaciones y perspectivas en las que se tienen las sensaciones son variables y lo que se obtiene es sólo un aspecto de los objetos en un momento determinado de la historia.

Pasando la definición de percepción debemos dedicarnos a precisar mejor lo que entendemos como construcción social de riesgos, la cual según Acosta (2005) está relacionada con la generación y recreación de condiciones de vulnerabilidad y de desigualdades sociales y económicas, con la producción de nuevas amenazas asociadas directamente con una creciente y acumulativa construcción material de riesgos de desastres. En otras palabras los desastres son multicausales, por lo cual aunque un fenómeno natural haya detonado un desastre, esta no es su única causa, entre las cuales encontramos factores de carácter social que impiden de manera diferencial a los actores sociales la reacción o agencia para mitigar los efectos de un evento natural, por tanto los desastres son fenómenos socionaturales, en donde, a pesar que se atiende la emergencia, si las desigualdades social no se disminuyen la probabilidad de que un desastre se repita se mantendrá o crecerá por el mismo desgaste que este genera.

Uno de los factores sociales en la construcción social del riesgo es la percepción del mismo. En este sentido que me abocaré al concepto de “percepción del riesgo” de Mery Douglas (1996) el cual nos dice que los peligros – en este caso las

enfermedades – son seleccionados culturalmente para su reconocimiento, pero no todos los peligros, sino algunos (pp 90), por tanto en el establecimiento de la percepción, que usualmente es vista como un fenómeno predominantemente individual y biológico es en realidad también es un proceso social. Virginia Acosta (2005) reflexiona en torno a los aportes de Douglas y afirma que el riesgo es una construcción colectiva y cultural, donde la percepción pública del riesgo y los niveles de aceptación del mismo son construcciones colectivas, de manera similar a la lengua y al juicio estético. Esto es importante a la hora de pensar en la atención o la prevención de enfermedades, ya que el riesgo al contagio es una construcción intelectual de los miembros de la sociedad que se presta particularmente para llevar a cabo evaluaciones sociales de probabilidades y de valores, es decir, dichas evaluaciones se dan a partir de un filtro cultural previamente establecido.

Acosta (2005, 15) aclara que Mary Douglas enfatiza en la imposibilidad de una definición única de riesgo ya que dicha definición es producto del conjunto de conocimiento y aceptación, en este sentido depende de la percepción que de él se tenga. A mi juicio los conceptos de salud y enfermedad pueden ser sujetos a la misma consideración ya que dependen del sistema cultural particular de cada grupo.

Douglas (1996: 32-33) Nos dice que la aceptabilidad del riesgo es sobre todo de justicia social. La justicia social combina tres principios: 1) las necesidades son fijadas por pautas sociales, sin embargo, debe de establecerse el umbral de necesidades por debajo del cual no se debe de permitir que caiga ningún miembro de la comunidad, lo cual puede acarrear una retribución; 2) el merecimiento que conlleva el conceder el premio justo a quien se lo tiene merecido; 3) si los necesitados son también indignos entonces se violenta la equidad. Douglas nos dice que debemos estudiar la forma en que las convenciones sociales median la forma de la construcción social de la justicia. En este sentido la aversión al riesgo podría incluir una evaluación de las probabilidades sociales en el mismo análisis

justo con una valoración de las probabilidades físicas de riesgo. Por tanto, en vez de preguntar qué riesgo se considera aceptable, la pregunta general debería ser que tipo de sociedad deseas.

6 METODOLOGÍA

La metodología que utilicé en este estudio es el método etnográfico, el cual según Lara-Martínez (2015) consiste en la permanencia prolongada con los sujetos de estudio, esta metodología permite al etnógrafo obtener una visión desde adentro de la cultura de los grupos sociales, pues la convivencia prolongada y continua permite que los sujetos de estudio se acostumbren al investigador y empiecen a desarrollar su comportamiento cotidiano aún en frente de este.

El enfoque epistemológico que seguiré será “el punto de vista del actor” propuesta por Eduardo Menéndez (1997) que implica asumir que respecto de las estructuras social y de significado, existe potencialmente una diversidad de actores colocados en diferentes “lugares” de la estructura social y, por tanto asumir que aún en las sociedades supuestamente homogéneas no hay un solo actor que esté callado, sino que la mayoría de los actores pueden estarlo, ya que están silenciados cultural y/o políticamente por actores no sólo de sectores dominantes “externos”, sino por actores locales (ídem, 255) a demás nos hace poner énfasis en los contextos en que los actores sociales se desarrollan y así reconciliar la dicotomía “sociedad/ individuo” lo cual permite abordar la generalidad de la cultura a través de los modos de vida particulares a cada individuo, pues estos han sido contruidos socialmente.

Es necesario señalar que este enfoque está estrechamente vinculada a toda una serie de movimientos sociales que buscan recuperar, posibilitar, rehabilitar, incluir la palabra del otro, dentro del juego de poderes y micropoderes dominantes y por tanto a nivel de investigación socioantropológica, pero sobre todo en los trabajos de investigación/acción y de antropología aplicada, esta perspectiva metodológica estuvo referida no sólo a la recuperación de la racionalidad del “otro”, sino a la

necesidad de incluir las necesidades/objetivos/decisiones de los actores para que éstos asuman como suyos los proyectos sobre problemas específicos, participen en ellos y no se consideren como meros reproductores o consumidores (ídem).

Las técnicas cualitativas que utilicé para recolectar información dentro de la comunidad Tutunichapa III fueron la observación participante, la observación directa, entrevistas semi-estructuradas y las pláticas informales que constituyeron mi fuente principal de información. Los datos recopilados en estas distintas técnicas fueron registrados en un diario de campo.

Los criterios para la elección de entrevistados fueron: 1) personas que vivan en la comunidad Tutunichapa III o en alguna de las colonias aledañas como la colonia “Guatemala” y la colonia “El Bosque”; 2) personas que se hayan contagiado de alguna de las enfermedades transmitidas por el zancudo; 3) personas que hayan cuidado a alguien enfermo de las enfermedades transmitidas por el zancudo; 4) personas con edades entre 15 en adelante, de tal forma que tengamos tres grupos de edad: jóvenes, adultos y tercera edad. Los tópicos tratados en las entrevistas fueron:

Estilos de vida

En el desarrollo de este tópico se buscará llenar de manera puntual características como: acceso a los servicios básicos; dieta; el rol que juega la persona entrevistada en su hogar; su oficio o profesión; la calidad de su vivienda; proximidad al río, botaderos de basura, agua estancada, etc; su historial de enfermedades; edad; religión; y proximidad al narcomenudeo.

Percepción del riesgo

En este tópico abordare: los síntomas en cada enfermedad transmitida por el zancudo, el grado de importancia o gravedad que le adjudican; las causas de las 3 enfermedades; las formas en que estas pueden ser prevenidas; y la efectividad

de las acciones del MNSAL; memoria de vivencias durante las epidemias 2013 - 2016.

Modelo de atención

En este tópico profundizaremos en las personas que participaron en sus cuidados y/o a quienes han cuidado; el tipo de medicina, remedio o tratamiento se le dio; el tipo de modelo de atención al que recurrió (formal, tradicional o si las combino) y cual le resulta más accesible; Historial de tratamiento específico a las enfermedades asociadas al zancudo (Dengue, chikungunya, Zika, paludismo y otras que pudieron haber existido en épocas pasadas)

Finalmente, se escogió la realización de un censo dentro de la Tutunichapa III y no de una encuesta, porque la población de estudio era tan solo de 138 familias, y por tanto la diferencia entre el muestreo y la población sería mínima. El cuestionario del censo se organizó de la siguiente forma:

DELIMITACIÓN, TIEMPO Y ESPACIO

Al inicio de la investigación en el año 2016, ya que la investigación debía ser realizada en un lugar que poseyera altos índices de contagio de enfermedades transmitidas por zancudos, decidí seleccionar la localidad de estudio en base a entrevistas realizadas al personal que trabaja en la unidad comunitaria de salud familiar “San Miguelito” (UCSF), la cual se seleccioné por mis facilidades de transporte.

Los criterios de selección para estas entrevistas fueron 1) que la persona desease participar; 2) que formara parte del personal de la UCSF San Miguelito; 3) que realiza visitas de campo a las comunidades. Se realizaron dos Preguntas abiertas en estas entrevistas, la primera era ¿Qué lugares tienen mayor foco de infección por enfermedades transmitidas por zancudos? Con la cual se buscaba explorar las posibles localidades de estudio y posteriormente seleccionarla según la factibilidad de entrada en la misma; la segunda pregunta que se formuló era ¿Por

qué cree que las enfermedades transmitidas por zancudos persistían con un alto número de casos? y se buscaba obtener datos sobre la percepción del riesgo de los trabajadores de la UCSF acerca de las enfermedades transmitidas por el zancudo.

Finalmente se seleccionó a la comunidad Tutunichapa III, ubicada la colonia Guatemala del municipio de San Salvador, departamento de San Salvador, la cual surge como una de tantas colonias temporales para las personas damnificadas del terremoto del 3 de mayo de 1965, que luego se convertirían en las comunidades marginales actuales de San Salvador, ubicada en la ribera del “Arenal Tutunichapa”, río que sirve como desagüe de aguas negras y que desemboca en el río “Acelhuate”. También es una zona conocida por la disputa entre narcotraficantes y pandilleros por el control de la zona, que hasta hace poco ha disminuido su intensidad.

Las características antes mencionadas de la comunidad pueden dificultar el desarrollo de la investigación, sin embargo cuento con la facilidad de poseer familiares que viven en el lugar y me acompañaban a realizar entrevistas, por lo que la entrada se realizó a través de ellos, y posteriormente se contacté con la junta directiva para tener mayor respaldo vecinal. Otra medida de seguridad que tome fue evitarse utilizar el término “investigador” o “investigación” para prevenir que se me vincule con un agente de la Policía Nacional Civil

En este sentido debo de ampliar sobre el rol que tomé durante el desarrollo de esta investigación. Ya mencioné que tengo familia en la localidad, concretamente mis abuelos maternos, sin embargo también es necesario acotar que mi familia nuclear vivió en la Tutunichapa III hasta inicios de los años 90. Mi padre, quien además es médico general con maestría en salud pública, instaló una clínica dentro de la casa en que vivieron hasta el momento en que se mudaron, y también forma parte del personal médico de la UCSF San Miguelito, por lo cual cuando mis familiares me presentaban a los vecinos siempre mencionaban que era “el

hijo menor del Dr. que viene a hacer un estudio para su tesis”. De esta forma mantuve un rol hibrido durante mi trabajo de campo, era tanto el hijo del Dr. Y nieto de Milagro, como el estudiante de la UES, de hecho muy probablemente muchos vecinos pensasen que estudiaba medicina, por el tema y mis relaciones familiares. Sobra decir que esta forma de relacionarme con la comunidad me facilitó mucha información, pues la mayoría de personas se mostraron dispuestas a colaborar con mi estudio.

Sin embargo, esto también representó una dificultad, pues mis propios familiares no me permitían moverme libremente por algunas zonas, ya que "al no haberme criado ahí no todos me conocían”. Solo habiendo pasado 2 años de la investigación me han permitido moverme con algo más de libertad, pero siempre me recomiendan que vaya algún otro familiar o conocido a mí lado, en este sentido, a pesar de los grandes vínculos con la comunidad estoy lejos de ser un “nativo”, incluso para mi propia familia.

PROPUESTA DE CAPÍTULOS

I Debate y contexto histórico sobre el abordaje de las enfermedades transmitidas por zancudos.

II Los estilos de vida: marginalidad y riesgo de epidemia en la Tutunichapa III

III Conclusiones y hallazgos: la construcción social de las epidemias transmitidas por el zancudo.

Bibliografía

NOMBRE DEL PROYECTO: “La construcción social de las epidemias transmitidas por el zancudo en la Tutunichapa III (2017-2019)”.

LOCALIZACIÓN DE EJECUCIÓN: Comunidad Tutunichapa III, Colonia Guatemala, San Salvador, San Salvador, El Salvador.

TIPO DE PROYECTO: Investigación Etnográfica

COBERTURA: 138 familias de la comunidad Tutunichapa III

PERIODO DE PLANIFICACIÓN: Febrero – Septiembre 2019

RESPONSABLE: Pedro Rafael Martínez Jurado MJ13005

GESTORES: Escuela de Ciencias Sociales “Gerardo Iraheta y Rosales”, Facultad de Ciencias y Humanidades, Licenciatura en Antropología Sociocultural.

FECHA DE PRESENTACIÓN A LA UNIDAD ACADEMICA: Mayo 2019

COSTO: \$1,230

RESPONSABLES INVESTIGACIÓN Y TRIBUNAL CALIFICADOR

RESPONSABLES DE INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN : **NOMBRE** Br. Pedro Rafael Martínez Jurado **CARNÈ** MJ13005

TÍTULO DEL INFORME FINAL : LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LAS EPIDEMIAS TRANSMITIDAS POR EL ZANCUDO COMUNIDAD TUTUNICHAPA III, (2017-2019)

DOCENTE ASESOR/A DE LICENCIATURA EN ANTROPOLOGÍA SOCIOCULTURAL : Msc. Susana Maybri Salazar

FECHA DE EXPOSICIÓN Y DEFENSA : Lunes 23 de enero de 2023

TRIBUNAL CALIFICADOR

MIEMBRO DEL JURADO : Msc. Susana Maybri Salazar

MIEMBRO DEL JURADO : Msc. Ana Liliam Ramírez de Bello Suazo

MIEMBRO DEL JURADO : Msc. Ana Silvia Ortiz Gómez

FECHA DE APROBADO Y RATIFICADO : **ACUERDO N°** 1058
POR JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD: **ACTA N°** 07/2023 (10/2019-10/2023)
FECHA DE 04 de septiembre de 2023
SESIÓN : 25 de agosto de 2023

OBSERVACIONES:

1º Es un aporte _____

2º ... _____

3º ... _____

