Kapé-Kapé
Asociación Civil

INFORME SOBRE LA SITUACION DE LOS DERECHOS DE LOS PUEBLOS INDIGENAS
ESTADOS: AMAZONAS, BOLIVAR Y DELTA AMACURO

Ackapekape

@ackapekape

http://kape-kape.org/

septiembre, 2017

Kapé-Kapé
Asociación Civil

INFORME SOBRE LA SITUACION DE LOS DERECHOS DE LOS PUEBLOS INDIGENAS ESTADOS: AMAZONAS, BOLIVAR Y DELTA AMACURO

CONTENIDO

I - Contexto, visión geopolítica y normativa

II- Normas de los Derechos Humanos relacionadas con los Pueblos Indígenas.

III- Enfoque Metodológico Referencias conceptuales y éticas aplicadas desde el observatorio de los derechos de Pueblos Indígenas.

IV- Productos/Hallazgos de la Gestión de Derechos de los Pueblos Indígenas. Estados: Amazonas, Bolívar y Delta Amacuro.

V- Conclusiones/Sugerencias de la Gestión de los Derechos Humanos del Observatorio en los pueblos indígenas de los estados: Amazonas, Bolívar y Delta Amacuro.

VI- Referencias bibliográficas

Fuente: Ariana Cubillos, File, Associated Press

El objetivo de este reporte es analizar los escenarios actuales y futuros de los derechos de los pueblos indígenas en nuestro país abordados por la Asociación Civil Kape-Kape. Este reporte esta contextualizado en los principios de la democracia resaltando la justicia y equidad social, dignidad humana, la libertad, respeto y ética de nuestra sociedad global.

Es importante tener presente que cada pueblo/comunidad indígena por muy lejano geográficamente que se ubique en el mapa y con poca densidad poblacional, forman parte del país y tienen los mismos derechos civiles y políticos, económicos y sociales; siendo el Estado Venezolano el garante de su fiel cumplimiento garantizando la existencia de mecanismos para el cumplimiento según lo establecido en la Constitución Bolivariana de Venezuela, expresado en políticas públicas.

Este referente ubica el resaltador en la valoración de la esencia humana de los pueblos indígenas como, actores sociales protagónicos originarios del legado de nuestra historia, dejando a un lado el criterio sesgado de aquellas miradas de análisis institucionales y personas naturales, donde los mismos son considerados solamente como grupo de personas pasivas que habitan en ciertas áreas geográficas de nuestro país, sin ningún tipo de articulaciones con la sociedad en general.

Aspecto que a veces es reflejado, en la poca visibilidad en las políticas públicas y en acciones concretas para garantizar la calidad de vida de estos pueblos, colocándoles en escenarios críticos de inequidad social.

En correspondencia a este marco referencial, la Asociación Civil Kape Kape, presenta su informe de gestión en el cual sistematiza los resultados relacionados con dos derechos primordiales: salud y educación en los tres estados: Amazonas, Bolívar y Delta Amacuro. Interesado además, a partir de estos resultados, abrir un intercambio de conocimientos/experiencias con todas las instituciones públicas del estado venezolano, responsables de diseñar o de contribuir de alguna manera, con las políticas públicas asociadas a los derechos humanos de los pueblos indígenas, a los efectos de buscar alternativas de solución a la delicada crisis social que viven estos pueblos indígenas en nuestro país.

Fuente:CARLOS DÍEZ

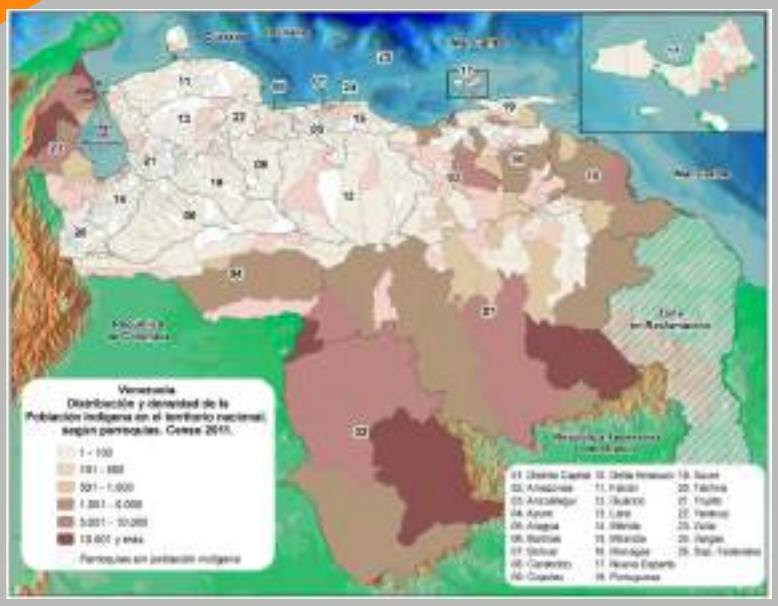
De acuerdo a la información obtenida de los Censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística año 2011, que la población total indígena representa 724.592 personas significando el 2,7 % sobre el total de población nacional en comparación con años censales anteriores, observándose un incremento porcentual a nivel nacional. Resaltándose una diferencia en cuanto al porcentaje de la población que se reconoce como indígena censo 2001 2,3 pasando al 2,8 en el censo año 2011.

De acuerdo al análisis del INE, la distribución geográfica-territorial de la población indígena se desagrega por entidad federal, el estado Zulia se coloca en primer lugar con 61.2% del total indígena nacional, que corresponde a 443.544 declaraciones de auto reconocimiento indígena de las cuales 91,23% se identifican con el Pueblo Wayuu, mayoritario en el país; a su vez la población indígena en esta entidad representa el 12,0% del total de población del estado. Estas cifras se mantienen para el Zulia con leves variaciones desde el Censo 2001.

Estado Amazonas 76.314 (10,5%), Estado Bolívar 54.686 (7,5%), Estado Delta Amacuro 41.543 (5,7%), Estado Anzoátegui 33.848 (4,7%), Estado Sucre 22.213 (3,1%), Estado Monagas 17.898 (2,5%), Estado Apure 11.559 (1,6%), Estado Nueva Esparta 2.200 (0,3%), Estado Lara 2.112 (0,3%).

Sin embargo, la distribución de la población indígena varía en el resto de las entidades de forma más palpable debido al aumento movilizaciones de grupos indígenas hacia entidades del oriente del país, donde se produce con fuerza el fenómeno de revitalización étnica, tal como se aprecia en el estado Sucre que pasa a representar 3,1% del total indígena nacional en 2011 cuando en 2001 fue 0,7%, o de los estados Anzoátegui y Monagas que pasaron de 2,8% a 4,7% y de 1,7% a 2,5% respectivamente en el mismo lapso 2001-2011, incorporando incluso nuevos Pueblos Indígenas en diferentes áreas geográficas, como se puede observar al llevar la información a unidades menores de análisis como Municipios y Parroquias.

Fuente: INE Censo Indígena 2011



Mapa Distribución y Densidad de la Población Indígena en el Territorio nacional.
Según Parroquias. INE. Censo 2011

Esta realidad geopolítica y sociodemográfica de las comunidades indígenas de acuerdo a los resultados del censo de población del INE año 2011, reflejan un escenario de la presencia de estos pueblos de mayor densidad poblacional y distribución en casi todo el país, situación que se traduce en una referencia obligada para el diseño y ejecución de políticas públicas del Estado Venezolano, tomando como eje de análisis los principios conceptuales que sustentan la Constitución Bolivariana de Venezuela Año1999,a los efectos de darle su visibilidad política en el seno de la sociedad global.

Es válido resaltar en este marco algunos de los principios constitucionales que tienen como foco el reconocimiento de la visibilidad de los derechos sociales de los pueblos indígenas internacionalmente, como derechos específicos y originarios, constituyendo un profundo cambio de perspectiva política y cultural que reorienta la conducción del Estado Venezolano, al reconocer su carácter multiétnico, pluricultural y multilingüe.

En el marco de los derechos de los pueblos indígenas a nivel constitucional, se reconoce ampliamente, sus formas de organización, culturas e idiomas propios, sus hábitats y los derechos originarios sobre las tierras que ancestral y tradicionalmente ocupan y que son indispensables para garantizar su continuidad biológica y sociocultural, las cuales además son asiento de sus referentes sagrados e históricos. Sin embargo aun es necesario concretar la orientación de las políticas públicas en el campo de los derechos humanos de los pueblos indígenas, por reconocer jurídicamente que las tierras indígenas son inalienables, imprescriptibles, inembargables e intransferibles y que corresponde al Estado conjuntamente con los pueblos indígenas la demarcación de dichas tierras. Una ley especial desarrollará lo específico de tal demarcación, acompañado de la implementación de política publicas apropiadas, asegurarán la propiedad colectiva de las tierras a los pueblos y comunidades indígenas que las habitan.

II - NORMAS DE LOS DERECHOS HUMANOS RELACIONADAS CON LOS PUEBLOS INDÍGENAS

La reivindicación de los derechos de los pueblos indígenas en el continente latinoamericano, tiene una reciente data con el reconocimiento constitucional, no solo en Venezuela sino en otros países suramericanos, aún cuando la lucha de más 40.000.000 millones de indígenas que se estima en América (según Fuente estimado de la ONU para el año 2.000).

Imagen cortesía de:
Fiona Watson/Survival

Haciendo referencia a la historia de la lucha de los pueblos indígenas en el continente, y citando al ex relator de las naciones Unidas Rodolfo Stavenhagen, el cual destacó en un momento* Dando como resultado que en los Estados nacionales donde hoy día no existe aún estos reconocimientos constitucionales de los derechos específicos y colectivos de los pueblos indígenas, sea un marco obligatorio de discusión en el derecho positivo, ya que con la Declaración Universal de los pueblos indígenas de la Naciones Unidas, así como los tratados y convenios internacionales, los derechos de los pueblos y comunidades indígenas pasaron a ser derechos humanos que hoy día deben ser reconocidos y respetados por las sociedades nacionales y comunidades internacionales en el contexto real de países democráticos.

Lo cierto es, que los pueblos indígenas han emergido como nuevos actores sociales y políticos, con demandas y exigencias propias en el marco de sus respectivas sociedades nacionales y Estados, en el ámbito internacional y de los organismos multilaterales. Lo anterior ha generado un movimiento global en el marco de la lucha por la reivindicación de los derechos de los pueblos y comunidades ancestrales, los cuales se ha transformado en políticas públicas de inclusión, protección y asistencia social.

En Venezuela los derechos de los pueblos indígenas nacen específicamente con la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en el año 1999, en virtud que la relación Estado con las sociedades indígenas cambian de manera profunda a partir de la promulgación de la nueva carta magna, reconociendo los derechos de los pueblos y comunidades indígenas en el Titulo III Capítulo VIII a partir del artículo 119.

Otro instrumento legal importante dentro de la legislación venezolana y en marco del reconocimiento de los pueblos indígenas es la promulgación en el año 2.005 de la Ley Orgánica de los Pueblos y Comunidades Indígenas, donde de manera más específica establece el desarrollo con más claridad los derechos de los pueblos ancestrales. Lo anterior dio pie a la promulgación de un conjunto de normas jurídicas en las que destacan: Ley de Idiomas indígenas, ley de patrimonio y comunidades indígenas, la última ley intercultural bilingüe, (aprobada por la Asamblea Nacional y declarada su nulidad por el Tribunal Supremos de Justicia), entre otras.

*"que el tema del reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas y su autonomía paso a ser el centro de demandas en muchos Estados, y esto obedeció a que hace muchos años se discute en América Latina la necesidad de redefinir las relaciones entre los pueblos ancestrales y los Estados partes".

II - NORMAS DE LOS DERECHOS HUMANOS RELACIONADAS CON LOS PUEBLOS INDÍGENAS

Ahora bien, con respecto a esta última ley, es importante analizarla conjuntamente con lo establecido en la Ley Orgánica de Educación en su artículo 3 el cual establece ..."educación es pública y social, obligatoria, gratuita, de calidad, de carácter laico, integral, permanente, con pertinencia social, creativa, artística, innovadora, crítica, pluricultural, multiétnica, intercultural, y plurilingüe"... en virtud de ello, es claro afirmar que en Venezuela existe una política pública, así como un ordenamiento jurídico vigente, por lo que se podría considerar que las condiciones están dadas para llevar a la educación intercultural bilingüe en todos los niveles educativos; no obstante, se entiende el mapa heterogéneo y complejo de procesos de socialización entre los diferentes grupos indígenas que de alguna manera, dificultan el proceso de articulación pedagógica.

Con respecto al derecho a la salud propia e integral de los pueblos y comunidades indígenas, como lo establece el artículo 122 de la Constitución Nacional, así como lo desarrolla el Título V de los Derechos Sociales Capitulo II de la Ley Orgánica de los Pueblos y Comunidades Indígenas a partir del artículo 111, la declaración Universal de los Pueblos y Comunidades Indígenas de la Naciones Unidas en su artículo 24 y el Aparte V. Seguridad Social y Salud, artículo 25 del Convenio 169 de la OIT.

Es importante señalar que la normativa vigente del estado venezolano en referencia al derecho a la salud los pueblos y comunidades indígenas, al otorgarle rango constitucional, ratifica con ello el derecho colectivo a la salud de los mismos, garantizando con ello el carácter universal, es decir, que todas y todos tienen el derecho de acceso y disfrute de condiciones de vida saludable, sin discriminación de ninguna naturaleza.

Diferenciando el derecho a la salud de los pueblos indígenas como una forma de no discriminación, sino de determinación positiva, tratando de saldar con ello una deuda histórica, por lo que da un carácter integral, donde incluye todos los aspectos físico, mentales y espirituales de la persona humana, reconociendo con ello la diversidad cultural y sus aplicaciones en materia de salud, cuando se establece que la garantía del derecho debe considerar las prácticas y cultura de los pueblos y comunidades indígenas. Reconociendo con esto, por lo último señalado las medinas tradicionales, las terapias

III - ENFOQUE METODOLÓGICO

El enfoque metodológico se orienta a partir del uso de una plataforma multireferencial conceptual y de experiencias derivada de diferentes fuentes de conocimientos. Vinculado a principios éticos de los valores y dignidad del as poblaciones indígenas y sus dinámicas socioculturales como sujetos protagónicos de su desarrollo social local. En consecuencia, se plantea a continuación el marco conceptual/referencial aplicado desde el diseño y ejecución de la metodología.

Revisión y Análisis Documental

- Revisión/análisis de la Constitución Bolivariana de Venezuela, (1999) en sus articulados referidos a los derechos de los Pueblos indígenas.

- Revisión/análisis de documentos científicos de organismos internacionales como la, Organización Mundial de la salud (OMS) y la UNESCO, ambos direccionados en los derechos de los pueblos indígenas en las áreas de salud y educación.

- Revisión/análisis de documentos académicos de interés asociados al estudio de los derechos de pueblos indígenas en Venezuela.

- Revisión/análisis de la base de datos de las experiencias acumuladas por parte del equipo de trabajo de la Asociación Civil Kape-Kape, orientadas hacia la promoción/educación de los derechos humanos en los estados Amazonas, Bolívar y Delta Amacuro: Boletines Informativos, denuncias, noticias, entre otros.

- Revisión/análisis de los resultados del censo Indígena realizado en el año 2011, y una síntesis de sus aportes conceptuales y metodológicos que se estiman de interés en cuanto a los derechos de los Pueblos Indígenas.

Investigación Operacional

A partir del análisis de la línea base estructurada con las referencias bibliográficas ya descritas, se procede a continuar con esta nueva fase metodológica, que corresponde al diseño de la Investigación de campo, la cual tiene como objetivo, ampliar la base de datos sobre la caracterización de los perfiles socioculturales y socio productivos de las poblaciones indígenas.

Para la operacionalización de esta investigación se cuenta con un cuerpo de instrumentos definidos como: encuestas orientadas al conocimiento de la capacidad resolutiva de atención en salud que cubre los Ambulatorios estudiados. Esta capacidad resolutiva esta entendida como, la atención real y oportuna de cada Ambulatorio a todas las comunidades de influencia que éste registra geográficamente, con una capacidad instalada en forma eficiente de recursos humanos y tecnológicos que cada sistema de salud amerita de acuerdo a su nivel de complejidad de atención, integrando el atributo relacionado a la accesibilidad cultural, el cual se refiere a la identificación sociocultural expresado en la confianza que poseen las comunidades en cuanto a la presencia y funcionamiento del sistema de salud local. Principio sustentado por las normativas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su aplicación en las políticas del Ministerio de la Salud de nuestro país.

Investigación Operacional

De acuerdo a estos criterios que sustenta el principio de la capacidad resolutiva de salud, se aplicó la formula de medición de los indicadores de cumplimiento por ciclos de vida, género y porcentaje de cumplimiento de la cobertura de atención en salud por cada Ambulatorio. Resaltando, que la unidad de análisis la representa la población total de cada Ambulatorio correspondiente a su área de influencia, base para medir al tipo de población beneficiaria especifica por ciclos de vida, género y tipos de programas de salud que ofrece el Centro de Salud.

A continuación la descripción de la fórmula, cuyos resultados son reflejados por cada Ambulatorio estudiado de los diferentes estados de competencia del Observatorio.

Fuente: http://www.sahum.gob.ve/servicios/servicios-al-paciente/

1.- Indicador de Cumplimiento = (Cobertura real de atención ciclo de vida Infancia, Género femenino-masculino) / (Cobertura Programada de atención por ciclo de vida Infancia, Género femenino-masculino) X 100 = % de cumplimiento

2.- Indicador de Cumplimiento = (Cobertura real de atención ciclo de vida Adolescentes. Género femenino- masculino) / (Cobertura Programada de atención por ciclo de vida Adolescentes, Género femenino-masculino) X 100= % de

Imagen cortesía de: https://saludindigena.wordpress.com/

Fuente: http://www.paho.org/

Investigación Operacional

3.- Indicador de Cumplimiento = (Cobertura real de atención ciclo de vida Adulto/Joven. Género masculino-femenino) / (Cobertura Programada de atención por ciclo de vida Adulto/Joven. Género masculino- femenino) X 100= % de cumplimiento

4.- Indicador de Cumplimiento = (Cobertura real de atención ciclo de vida Adulto Mayor. Género masculino-femenino) / (Cobertura Programada de atención por ciclo de vida Adulto Mayor Género masculino- femenino) X 100= % de cumplimiento

La base de cálculo para aplicar estas fórmulas se sustenta en los insumos/información que suministra el equipo de salud de cada Ambulatorio, a partir del registro/control diario respaldado por instrumentos/formatos oficiales del Ministerio Popular para la Salud, como el libro de control de consultas, el cual sistematiza la atención a la población desagregada por fecha, ciclos de vida, género y tipo de consultas y si se ameritó establecer una referencia médica a un Centro de Atención en Salud de mayor complejidad para resolver la problemática.

Fuente: https://notiindigena.wordpress.com/2015/01/07/venezuela-activan-centro-de-atencion-medica-para-pueblos-indigenas-del-noroeste-de-bolivar/

Investigación Operacional

Se utilizaron encuestas de caracterización del funcionamiento de los sistemas educativos de las comunidades, tomando como referencia los atributos socioculturales, condiciones de complejidad geográfica, políticas gubernamentales educativas y su relación con la capacidad de respuesta oportuna a la población total en edad escolar que se encuentra en el área de influencia de la institución educativa. Entrevistas semiestructuradas enfocadas a personas claves, con el objetivo de recoger la visión y experiencia de estas personas nativas de las comunidades, referente a las políticas públicas de los derechos humanos de los pueblos indígenas. La selección de estas personas se realiza cumpliendo ciertos requisitos asociados a: su historia de vida en la comunidad, confianza, aceptación, legitimidad y credibilidad ante los pobladores.

Se presenta a continuación un cuadro que describe en forma de síntesis las diferentes categorías de funcionamiento de cada atributo de los Centros Educativos estudiados, el cual sirvió de base para generar el proceso de organización/tabulación de los resultados de las encuestas aplicadas a estas instituciones y los cuales se presentan desagregados por cada estado en el texto del informe.

Funcionamiento del Sistema Educativo	Categorías				
ATRIBUTOS	Muy Buena	Aceptable	Regular	Mala	Deficiente
1.- Calidad de Infraestructura: tipo y número de instalaciones en proporción al número de sesiones áreas administrativas. Condiciones de la construcción.					
2.- Disponibilidad de Servicios Básicos: Electricidad. Servicio de la recolección de la basura. Red de Aguas Servidas. Telefonía.					
3.- Tipos de Funcionamiento de Programas Sociales: Comedor Escolar. Canaimitas. Aulas Virtuales. Bibliotecas					
4.- Número y tipo de recursos humanos: Docente y personal técnico administrativo					
5.- Tipo de recursos materiales/financieros: Didácticos. Logística de mantenimiento. Frecuencia de entrega					
6.- Actividades Extracurriculares: Deportivas. Recreativas					
7.- Articulación con Organizaciones Sociales. Tipos. Frecuencia					

Resaltando que en todo el proceso de recolección de información el equipo debe mantener una observación directa participante, como una alternativa para ampliar/profundizar la dinámica cotidiana de las comunidades. En consecuencia el objetivo de la aplicación de estos instrumentos es lograr, una aproximación de la caracterización integral de cada comunidad indígena y de esa manera, ir construyendo una data confiable sobre la situación de las estructuras de Salud y Educación en las comunidades indígenas.

Principales hallazgos en los Estados Amazonas, Bolívar y Delta Amacuro

Resultados de la Investigación Operacional

- Unidad de Análisis de la Investigación:

La selección de la unidad de análisis de la investigación la conforma originalmente el universo total de las comunidades indígenas de los tres (3) Estados de competencia del Observatorio: Amazonas, Bolívar y Delta Amacuro. No obstante, por razones de factibilidad/viabilidad geográfica, técnica/logística la incorporación de las comunidades en este estudio ha sido progresiva.

Resultados de la Aplicación de los Instrumentos/Técnicas de Recolección de información:

Esta investigación ha sido desarrollada a través de la aplicación de tres (3) tipos de instrumentos, apoyada por la observación directa participante.Se han ejecutado un promedio de cuarenta y dos (42) instrumentos, expresadas en encuestas: escuelas y ambulatorios rurales tipo I y tipo II, como Consultorios Populares Barrio Adentro. Entrevistas a personas claves, desagregadas en diferentes comunidades de los tres estados de competencia del Observatorio. Los resultados se han sistematizado en matrices de análisis, las cuales permite visualizar el comportamiento de los principales indicadores de salud y educación en la perspectiva integral de los derechos humanos de los pueblosindígenas y esto como incide en los principios de equidad y justicia social. indigenas

Fuente: http://efectococuyo.com/politica/la-mitad-de-los-pueblos-indigenas-del-pais-se-quedaron-sin-representacion-en-la-an#post-gallery-35123

Principales hallazgos en los Estados Amazonas, Bolívar y Delta Amacuro

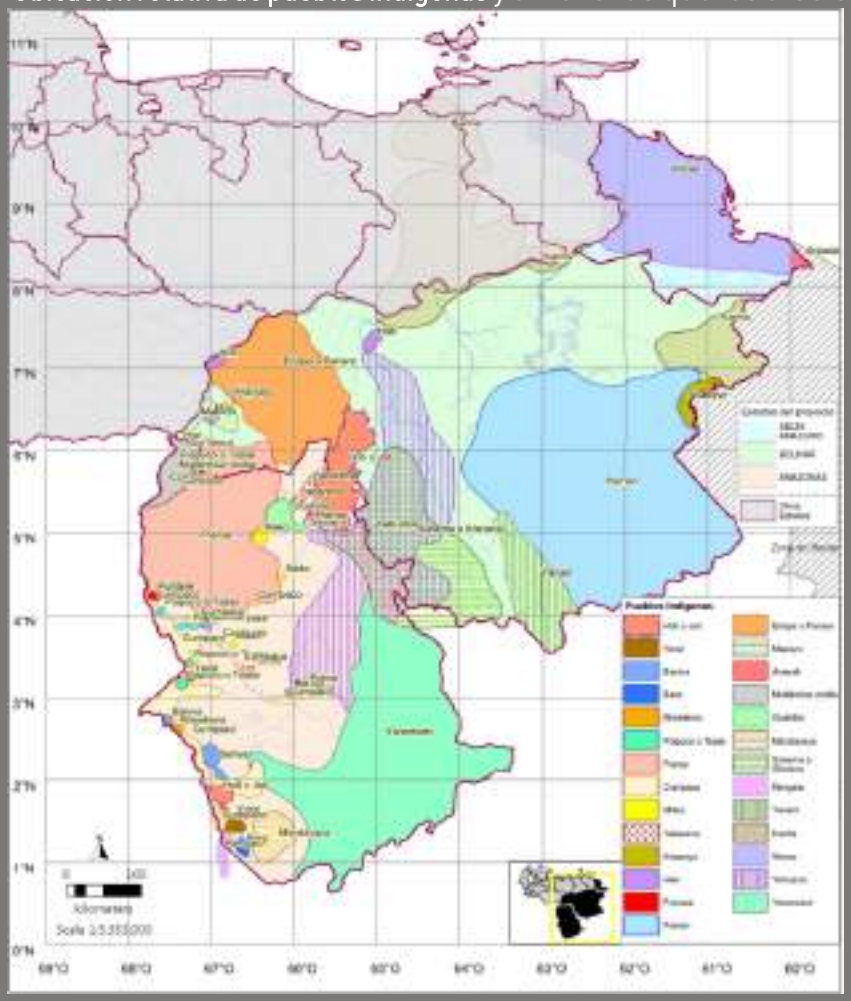
Hallazgos Trabajo de Campo Investigadores

Simultáneamente al proceso investigativo, el equipo de trabajo en su interacción permanente con las comunidades indígenas, amplía y profundiza el conocimiento de sus problemáticas que inciden en sus derechos humanos, especialmente aquellos que afectan los indicadores de salud y educación, los cuales son debidamente registrados y difundidos por diferentes canales, a los fines que las entidades gubernamentales responsables de las políticas oficiales de los derechos humanos generen respuestas de solución en forma oportuna.

En consecuencia, los productos/hallazgos se presentarán desagregados por cada uno de los estados de competencia del Observatorio, donde se articulan los hallazgos integrales de la investigación de campo, expresados en indicadores de Equidad Social en el campo de los derechos de la Salud y la Educación en los pueblos indígenas, a saber.

Estos hallazgos están respaldados por una serie de mapas temáticos asociados a la ubicación relativa de los Pueblos Indígenas en los estados Amazonas. Bolívar y Delta Amacuro. Ubicación Relativa de los Pueblos Indígenas y amenazas que lo afectan; seguido por mapas por cada estado donde se identifica la ubicación relativa de los Pueblos Indígenas y los Centros de Salud, como las amenazas que los afectan.

Ubicación relativa de pueblos indígenas y amenazas que los afecta

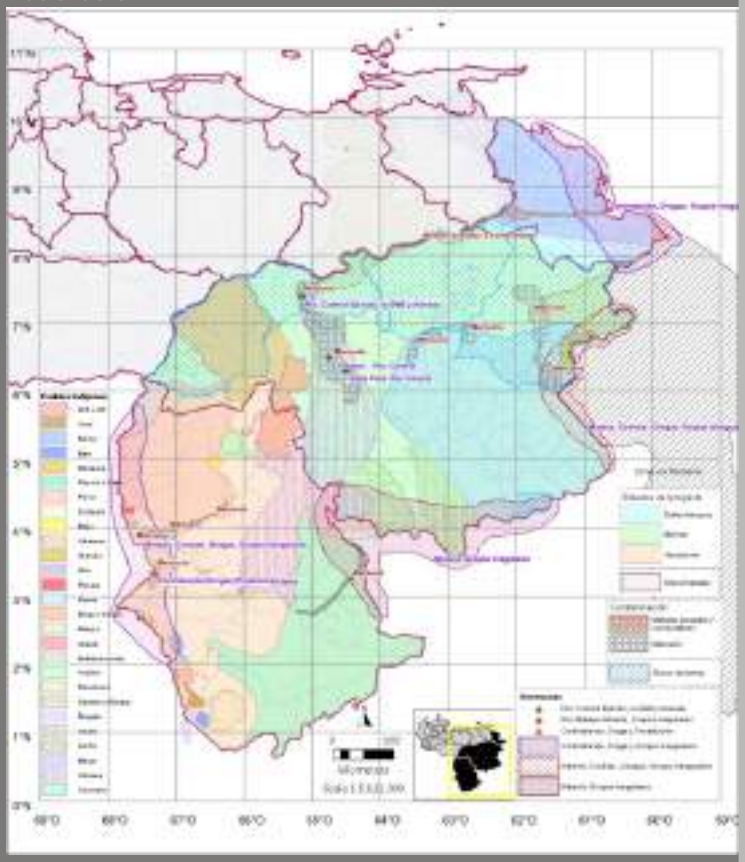


Mapa 1
Elaborado por: Ing. Antonio Salgado. S. Junio-2017.
Preparado para: Asociación Civil Kapé-Kapé
Fuentes Múltiples: Asociación Civil Kapé-Kapé, Instituciones públicas y privadas, Ministerios, ONG's.

Principales hallazgos en los Estados Amazonas, Bolívar y Delta Amacuro

Situación del estado Amazonas, Bolívar y Delta Amacuro

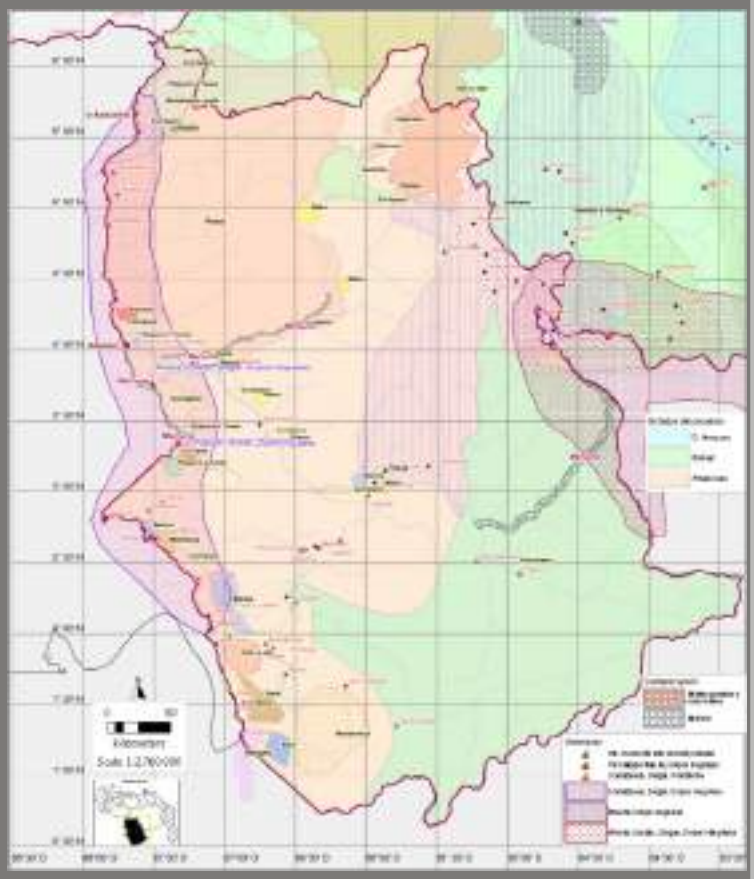
Ubicación relativa de los pueblos indígenas y amenazas que los afectan



Mapa 2
Elaborado por: Ing. Antonio Salgado. S. Junio-2017.
Preparado para: Asociación Civil Kapé-Kapé
Fuentes múltiples: Asociación Civil Kapé-Kapé,

Situación del estado Amazonas

Ubicación relativa de pueblos indígenas y amenazas que los afectan



Mapa 3
Elaborado por: Ing. Antonio Salgado. S. Junio-2017.
Preparado para: Asociación Civil Kapé-Kapé
Fuentes Múltiples: Asociación Civil Kapé-Kapé,

Principales hallazgos en los Estados Amazonas, Bolívar y Delta Amacuro

Amazonas: ubicación relativa de los pueblos indígenas y centros de salud.

Elaborado por: Ing. Antonio Salgado. S. Junio-2017.
Preparado para: Asociación Civil Kapé-Kapé
Fuentes Múltiples: Asociación Civil Kapé-Kapé, Instituciones públicas y privadas, Ministerios, ONG's

La característica sociodemográfica general de este estado basada en los hallazgos de la investigación de campo complementada por la exploración de fuentes institucionales precisa la siguiente información:

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) realizado en el año 2011, el estado Amazonas posee una superficie de 177.617 Km², que representa el 19% del territorio nacional. Este estado a partir de la reforma de su constitución en octubre del año 2016 se define como estado indígena.

Las proyecciones de este censo, estima una población en este estado de 187.852 habitantes, donde 76.314 representan la población que integra las 21 etnias ubicadas en toda la geografía del estado; cada una de ellas con sus particularidades en el idioma y dinámicas culturales. Entre los pueblos indígenas más representativos se encuentran: los Jivi, Bare, Yanomami, Yekuana, Curripaco. Wuotoja los cuales concentran el 79% de la población indígena de este estado. El 53% de la población de este estado se identifica como indígena. Lamentablemente tres idiomas pertenecientes a las etnias, Bare, Baniva y Yavitero se encuentran en vías de extinción, aunque algunos de ellos (Bare, Baniva, Yanomami, Curripaco, Wuotoja) ya cuentan con sus propios diccionarios y cuentos escritos en su idioma.

Entre las principales características de los pueblos indígenas en este estado, resultado del proceso de recolección de información) se pueden resaltar, que el 13% de la población mayor de 15 años es analfabeta. Solo el 42% cuenta con el servicio de agua potable y el 11% tiene acceso al servicio de energía eléctrica.

Las vías de comunicación más usadas son las fluviales y aéreas. El 94% no tiene acceso a Internet.

Sus formas de producción se concentran en la siembra de: yuca amarga para la producción del casabe y el mañoco alimentos que son parte de la dieta familiar. Adicionalmente el ají dulce, ocumo, ñame, plátano forman parte de la dieta de los pueblos indígenas del Estado Amazonas.

A partir de este contexto general se vinculan el análisis de los principales indicadores que sustentan los sistemas de salud y educación. Iniciando por el análisis de los indicadores de salud.

Principales hallazgos en los Estados Amazonas, Bolívar y Delta Amacuro

Situación de la Salud en el Estado Amazonas

A continuación se presenta el análisis de los centros de salud abordados por los investigadores:

1.- Ambulatorio Rural de la Reforma. Localizado en la propia comunidad. Parroquia Platanillal. Sector: Eje carretero sur-este vía Gavilán. Financiado por el Ministerio Popular para la Salud. Fundado en el año 1997, bajo la administración del Alcalde del Municipio Atures Oswaldo Rodríguez, su primer enfermero fue el indígena Wuotoja (fallecido) Omaña Prato proveniente del Municipio Autana. Se crea debido a la necesidad de atender de manera inmediata a la población indígena y por estar ubicada estratégicamente antes de llegar a Puerto Ayacucho, capital del estado.

La cobertura de atención del Ambulatorio es de seis (6) comunidades de influencia y con un total de 2.960 habitantes. Distancia promedio entre las comunidades y el Ambulatorio y sus respectivas poblaciones: La Esperanza a 1Km de distancia con 600 habitantes. La Danta a 3Km de distancia y con 300 habitantes. San Rafael a 4 Km de distancia y con 500 habitantes. Las Pavas a 8Km de distancia, con 500 habitantes. Merecurea 9Kmde distancia y con 60 habitantes y la propia comunidad la Reforma con 1.000 habitantes.

Este Ambulatorio de acuerdo a los criterios sociodemográficos que sustenta la planificación en salud, debe estar tipificado como Tipo II; si revisamos su historia fundacional es muy probable que este haya iniciado como Tipo I bajo el enfoque del programa de Medicina Simplificada. La realidad sociodemográfica ha cambiado por el desarrollo de nuevas comunidades periféricas que se suman como áreas de influencia de este ambulatorio ampliando su cobertura poblacional de atención, situación que debe ser evaluada por el Ministerio de la Salud en coordinación con la Dirección Regional de Salud para su reformulación a otro nivel de atención de mayor complejidad con la dotación de los recursos que amerita la atención en salud a las comunidades.

Fuente: https://notasperiodismopopular.com.ar/2017/02/07/venezuela-medicos-latinoamericanos-salud-indigena-amazonas/

Principales hallazgos en los Estados Amazonas, Bolívar y Delta Amacuro

Se registra en los resultados de la investigación que este Ambulatorio está en buenas condiciones de uso, pero en contraste, tiene un déficit de suministro de insumos y equipos, situación que no le permite prestar los servicios regulares de los programas que normativamente están pautados por el Ministerio de la Salud, condición que obliga a la población acudir al Hospital José Gregorio Hernández en Puerto Ayacucho (relativamente cercano), quedando este Ambulatorio prácticamente para realizar los operativos especiales de odontología, ginecología, jornadas de vacunación, que programan cada cierto tiempo en la comunidad coordinados entre la Gobernación del Estado y la Alcaldía del Municipio Atures. En consecuencia, este enfoque minimiza el desarrollo del funcionamiento de los programas solamente en actividades puntuales (operativos), bajo esa referencia deben leerse los registros de los programas que a continuación se describen.

Programa: Crecimiento y Desarrollo Infantil. Sub-Programas: Preescolar. Adolescentes. Salud Escolar. En este Ambulatorio solamente se registra atención de consultas. Programa: Salud Sexual y Reproductiva: Sub-Programas: Planificación Familiar, solamente se registra la consulta básica ginecológica (operativos). Consulta prenatal y posnatal, no se registra ninguna actividad, situación que genera la reflexión por lo delicado de la condición del embarazo, lo cual motiva a seguir investigando al respecto para determinar a dónde acuden las embarazadas para su control y atención en el parto. Investigar además, si existe la presencia de la atención por comadronas de la comunidad y si es utilizado por las embarazadas.

En cuanto al Programa Ampliado de Inmunizaciones. Sub-Programas: Inmunizaciones Niños e Inmunizaciones en Adultos, la información registrada es general sin especificar el tipo de vacunas que se aplican y su frecuencia. Programa: Salud Buco-Dental, atención

Fuente: https://notasperiodismopopular.com.ar/2017/02/07/venezuela-medicos-

Principales hallazgos en los Estados Amazonas, Bolívar y Delta Amacuro

No se registra ningún tipo de actividades relacionadas a los programas de enfermedades crónicas como: diabetes, cardiovascular, asma. Programa de Enfermedades respiratorias como tuberculosis y asma. Programa de infecciones de transmisión sexual. Programa de atención oncológica: cáncer de cuello uterino de mama y de próstata. Sin registro actividades asociadas al Programa asociado a la prevención y control de enfermedades endémicas.

Esta ausencia de programas de prevención y control de las diferentes patologías descritas en este Ambulatorio de manera regular, representa una debilidad y una amenaza a la población en cuanto a los riesgos en no ser atendidos de manera preventiva ante estas enfermedades en forma oportuna, lo cual se puede tipificar como ausencia de la equidad social que impacta en los derechos de estas comunidades en materia de derecho a la salud.

Al analizar la capacidad resolutiva del Ambulatorio por ciclo de vida y género, existe la dificultad técnica en cuanto a su medición, pues como ya se ha señalado este establecimiento de salud, debido a la ausencia de recursos, su orientación de prestación de servicios es por la vía de operativos especiales, donde la alternativa de los pobladores es trasladarse al Hospital de Puerto Ayacucho a solicitar la atención requerida. En consecuencia, los resultados que se presentan a continuación necesariamente deben analizarse bajo esta referencia.

Ciclo de Vida: Infancia. Género Niñas. Capacidad

Resolutiva de atención: 60%
Ciclo de Vida: Adolescentes. Género Mujeres. Capacidad

Resolutiva de atención: 15%
Ciclo de Vida: Adulto/Joven. Género Hombres. Capacidad

Resolutiva de atención: 10%
Ciclo de Vida: Adulto/Mayor. Género Mujeres. Capacidad

Resolutiva de atención: 15%
ental, atención básica en los operativos especiales.

Principales hallazgos en los Estados Amazonas, Bolívar y Delta Amacuro

Quedando de esta manera demostrado, que para definir una capacidad resolutiva de atención en salud, debe estar presentes la articulación de varios factores: capacidad de una infraestructura sanitaria en condiciones idóneas de prestar la atención en salud, dotación de recursos humanos/insumos/equipos tecnológicos del establecimiento de salud, accesibilidad geográfica al Ambulatorio y la accesibilidad cultural expresado en la confianza que tiene la población hacia la prestación del servicio de salud.

Entre las primeras causas de mortalidad registradas en el estudio, se identifica un caso de malaria en adulto. En relación a la desnutrición la población infantil es la más afectada, registrándose dos (2) niños fallecidos como consecuencia de la misma, destacando que la desnutrición en sí misma no es causa de mortalidad, pero si es un factor estructural que debilita/deprime el sistema inmune generando altas condiciones de riesgo de contraer cualquier enfermedad y el posible fallecimiento.En relación a los paros respiratorios el informante del Ambulatorio reporta un fallecimiento de una niña, no identificando si la misma presentaba una enfermedad de base la cual se le complicó y le originó el paro respiratorio.

Recursos Humanos que cuenta el Ambulatorio: Dos enfermeros que viven en la comunidad, un médico general, un bioanalista y un odontólogo que funcionan de acuerdo a la estrategia de operativos especiales de salud. Dos personas para el mantenimiento, todos de nacionalidad venezolana. Horario de atención: lunes a viernes de 8am a 2pm. El funcionamiento de este equipo de trabajo está supeditado a las actividades de los operativos, pues como ya se ha explicado por déficit de recursos no realizan una programación regular de atención en salud.

En relación a las formas organizativas de carácter comunitario se observa la presencia de las siguientes organizaciones sociales: Consejos Comunales, Comités de Salud, Grupos Religiosos, Grupos Deportivos y Alianzas Estratégicas, como: INAGENTE/ Gobernación Amazonas. Cada una de estas organizaciones sociales tienen una historia y naturaleza de funcionamiento específica, no obstante, todas representan un recurso potencial para contribuir al fortalecimiento de la gestión del mencionado Ambulatorio. En este caso, Kape-Kape, sugiere a partir de esta data iniciar un proceso de encuentro para intercambiar ideas referentes a su articulación en forma organizada para contribuir al mejoramiento de la situación del funcionamiento del ambulatorio, el cual registra fallas severas de déficit de recursos y que impacta directamente en la prestación de un buen servicio a la población.

Principales hallazgos en los Estados Amazonas, Bolívar y Delta Amacuro

2.- Ambulatorio José Ignacio Bardo. "Barrio Adentro Tipo II". Parroquia Parhueña. Poblado Indígena. Puente Parhueña Municipio. Atures. Localizado en la propia comunidad. Financiado por el Ministerio Popular para la Salud. Fue construido e inaugurado para el año 1964, al principio era un Ambulatorio Rural, y quien lo atendía era una enfermera de Puerto Ayacucho de nombre Manuela Pérez, y a principios del año 2.001 pasa hacer parte del Programa de Sistema de Salud Barrio Adentro Tipo II, nueva clasificación que no luce coherente con la oferta de servicios que presta a sus poblaciones de influencia, por las limitaciones de recursos y espacio de la infraestructura registrado en la investigación.

Importante destacar además, que este tipo de sistema de salud se ubica en la base de la pirámide de la organización sanitaria es decir, el primer nivel de atención en salud donde coexiste con la organización convencional como Ambulatorios Rurales Tipo I (con el Programa de Medicina Simplificada). Ambulatorios Rurales Tipo II y Ambulatorios Urbanos Tipo I y II.

El Ambulatorio tiene un área de influencia de seis (6) comunidades con un total de 1.240 habitantes, desagregada de la siguiente manera: distancia promedio hasta el Ambulatorio y el tamaño de la población: Monte Blanco a 4km.de distancia y con una población de 450 personas. Cejalito: 1km de distancia y con una población de 100 personas Cejal: a 2Km de distancia y con una población de130 personas. Soledad de Agua Linda a 4Km.de distancia y con una población de 220 habitantes. Santo Rosario con 220 habitantes y 5Km de distancia Sabaneta con una población de 120 habitantes y a 5Km de distancia del Ambulatorio.

Los tipos de programas que cuenta el Ambulatorio: Crecimiento y Desarrollo: Subprograma Infantil. Adolescentes. Salud Escolar. Programa: Salud Sexual y Reproductiva. Sub-programas: Prenatal y Posnatal. Programa Ampliado de inmunizaciones. Sub-programas. Inmunizaciones Niños y Adultos. Enfermedades Crónicas. Sub-programas. Diabetes. Programa: Salud Buco-dental. Promoción de la Salud. Programas de prevención y control de enfermedades endémicas: Malaria, Dengue, Leishmaniasis, Oncocercosis, entre otras.

Al contrastar esta información general del funcionamiento de los programas por la población atendida por ciclos de vida y género se obtiene la capacidad resolutiva de salud específica por cada una de las categorías indicadas:

Ciclo de Vida: Infancia. Género Infancia Capacidad Resolutiva de atención: 35%
Ciclo de Vida: Adolescentes. Capacidad Resolutiva de atención: 10%
Ciclo de Vida: Adulto/Joven. Capacidad Resolutiva de atención: 15%
Ciclo de Vida: Adulto/Mayor. Capacidad Resolutiva de atención: 40%

Principales hallazgos en los Estados Amazonas, Bolívar y Delta Amacuro

Los datos evidencian una capacidad resolutiva de atención salud muy baja, motivado al déficit de los criterios que a continuación se indican como: deficiencias de recursos/insumos, equipos y las condiciones de la infraestructura del Ambulatorio que limitan la prestación del servicio de salud a las demandas de los diferentes grupos de población. Articulado a condiciones de accesibilidad geográfica de la población hacia el establecimiento de salud.

Se registra que la Gobernación del estado Amazonas donó un equipo de Bioanalisis al Ambulatorio hace más de 3 años, y el mismo aún se encuentra sin instalar para su funcionamiento motivado a las limitaciones de espacio que presenta el Establecimiento de Salud, recurso de vital importancia para realizar los diagnósticos de laboratorio, complemento de los diagnósticos médicos/clínicos en forma oportuna y especialmente en esta zona donde existe de acuerdo al entrevistado, un alto índice de los casos de malaria y dengue. Según entrevista a miembros de la comunidad, se registra personas quienes repiten varios eventos de malaria, hasta tres veces al año, porque el tratamiento que cubre 14 días, solamente reciben por persona una dosis que alcanza para teniendo como consecuencia, la repetición de nuevos eventos de la enfermedad ya que no cumplen con el tratamiento completo, exponiéndose a complicaciones de la salud.

El registro de la mortalidad que reporta el entrevistado presenta durante un lapso de un mes, tres (3) casos de desnutrición que afecta especialmente a la población Infantil,casos donde se deduce que el cuadro de desnutrición afectó su sistema inmune, facilitando la presencia de enfermedades y de su fallecimiento. Casos de tres (3) casos de Paro Respiratorio afectando a la población adulta mayor, igualmente tres (3) casos reportados de paros cardiacos que afecta fundamentalmente a la población adulta mayor.

Si bien es cierto, que entre las prioridades de este tipo de establecimientos de salud es la promoción en salud, prevención, control y resolución de casos de poca complejidad clínica, puede ocurrir la atención de emergencias en personas que no cuenten con el tiempo de traslado a otro centro de salud de mayor capacidad de respuesta, y lamentablemente ocurran el fallecimiento de las mismas durante la atención o en su domicilio.

Fuente:https://notasperiodismopopular.com.ar/2017/02/07/venezuela-medicos-latinoamericanos-salud-indigena-amazonas/

Principales hallazgos en los Estados Amazonas, Bolívar y Delta Amacuro

Esta realidad contrasta con la presencia de un equipo de salud conformado por dos (2) médicos generales, uno nativo de la zona (Jivi), y el otro de origen cubano, tres (3) enfermeras, una profesional de las ciencias sociales que viven en Puerto Ayacucho a 60 Km de distancia. Un odontólogo de origen cubano que reside en la comunidad y presta atención básica odontológica y dos personas para el mantenimiento del Establecimiento de Salud. Cumplen un horario de trabajo de 7 am a 1pm de la tarde.

El registro de insumos/equipos, es reportada por el informante como insuficiente a igual que las condiciones de la infraestructura donde funciona el Ambulatorio. Situación que debe ser presentada por el Coordinador del Ambulatorio para su solución ante las instancias administrativas sanitarias correspondientes: Coordinación del Distrito/Municipio Sanitario o directamente a la Dirección de Salud del Estado, quien en función de los recursos presupuestarios asignados por el Ministerio de la Salud asume la responsabilidad de las soluciones. No obstante, se debe valorar la organización y participación de la población en defensa de sus derechos a la salud, como una alternativa de presión positiva para facilitar la solución de este tipo de demandas sanitarias.

Este caso evidencia la pertinencia de revisar los factores que de manera coordinada deben funcionar para determinar la existencia de una capacidad resolutiva de atención en salud a la población, como: condiciones idóneas de los espacios de la infraestructura sanitaria para la gestión en salud y con la dotación eficiente de los recursos/insumos/equipos. De igual manera, los atributos de la accesibilidad geográfica hacia el establecimiento, y la accesibilidad cultural expresada en la confianza que tiene la población en relación a la prestación del servicio.

3.- Ambulatorio Rural Tipo I Comunidad Sabaneta de Guayabal. Parroquia Platanillal. Municipio Atures. Estado Amazonas. Financiado por el Ministerio Popular para la Salud. Se encuentra localizado en una comunidad indígena Jivi, y se fundó aproximadamente en los años 40, es una de las poblaciones más antiguas del eje carreteo. El Centro de Salud se funda para los años 80 cuando el auge del programa del Desarrollo del Sur.

Principales hallazgos en los Estados Amazonas, Bolívar y Delta Amacuro

Cobertura Estimada de Atención del Ambulatorio: Seis (6) Comunidades con total de 710 habitantes de origen indígena JIVI, desagregadas de la siguiente manera: "El Porvenir" 150 habitantes; "3 de Diciembre" 30 habitantes. "Gayuli" 50 habitantes. Ramal 30 habitantes. Sabaneta de Guayabal 300 habitantes. Sabana de Tigre 150 habitantes. La distancia promedio entre las comunidades y el Ambulatorio se ubica de la siguiente manera: El Porvenir cinco minutos promedio (caminando). Sabana del Tigre tres minutos promedio (caminando). Comunidad 3 de Diciembre a 15 minutos, (caminando). Ramal 20 minutos (caminando).Gayuli 21 minutos (caminando). Sabana de Guayabal ubicado en la propia comunidad. Horario de atención: 8am a 12 y de 2pm a 5pm.

Tipo de Programas de Salud existentes en el Ambulatorio: Crecimiento y Desarrollo. Sub-programas: Infantil. Preescolar. Adolescentes. Salud Escolar. Programa: Ampliado de Inmunizaciones. Sub-programas. Inmunizaciones niños y Adultos. Programa. Salud Bucal. Programa: Promoción de la Salud. Programa de prevención y control de enfermedades endémicas (malaria, dengue, leishmaniasis entre otras).

Entre las primeras causas de morbilidad registradas durante el último mes se encuentra: seis (06) casos de desnutrición que afecta a la población infantil. Dos (2) casos de malaria afectados población adulta de género femenino. Quince (15) casos de Asma afectando la población infantil.

Fuente: Kapé Kapé

Primeras causas de mortalidad se reporta lo siguiente: Cuatro (4) casos de paro respiratorio afectando a la población adulta mayor. Dos (2) casos de Hepatitis (sin especificar el tipo), afectando a la población adulta mayor y tres (3) casos de paro cardiaco población afectada adulta mayor.

De acuerdo a la observación directa del investigador y al registro de la dotación de insumos y de equipos se ubica en un rango de insuficiente. Las condiciones de la infraestructura donde funciona el Ambulatorio es considerado como regular. Esta información no pudo ser verificada con una referencia de bienes, pues las políticas internas de la coordinación del Ambulatorio no lo permiten.
El Ambulatorio mantiene las siguientes alianzas estratégicas: UNAGENTE, Gobernación Estado Amazonas, CLAP, Ejecutivo Nacional, Universidades (no especificadas), Asociación de amigos del Ambulatorio, Empresas Privadas (no se especifica su identificación).

Principales hallazgos en los Estados Amazonas, Bolívar y Delta Amacuro

Existe una relación entre la complejidad geopolítica en este estado y el perfil de la morbimortalidad en los sistemas de salud investigados, que aunque estén localizados en el eje carretero del Municipio Atures, presentan su especificidad de formas de vida y producción económica, así como, limitada capacidad de respuesta de atención en salud. Situación que las ubica a solicitar a trasladarse al Hospital en Puerto Ayacucho, como centro de atención en salud de mayor capacidad de respuesta a las diferentes patologías que sufre la población, pero que lamentablemente en los últimos años, este atraviesa una crisis profunda de funcionalidad por la carencia de recursos a nivel general. Es importante acotar que el Hospital José Gregorio Hernández de Puerto Ayacucho en el estado Amazonas, el cual carece de la capacidad, para darle respuesta a los cientos de pacientes indígenas (estimada en más de 40% de la población indígena) quienes acuden a sus instalaciones, desde puntos recónditos del estado Amazonas y Municipio Cedeño, al sur del estado Bolívar, a buscar las soluciones de su situación de salud que no cuentan en sus comunidades de origen.

Fuente: Kapé Kapé

Esta crisis de funcionalidad del Hospital coloca en serias dificultades la respuesta de atención médica a la población de todo un estado, especialmente las poblaciones indígenas que motivado a sus condiciones precarias de vida se encuentran vulnerables socialmente e inmunológicamente para defenderse de enfermedades, como: la malaria, el dengue el chikungunya y las relacionadas a las infecciones respiratorias agudas, la tuberculosis, desnutrición y otras patologías.

Según los datos de la Dirección de Salud Ambiental de Amazonas, en San Juan de Manapiare capital del Municipio Manapiare, se reporta diariamente más de 20 casos diarios de malaria, donde los personas sufren en forma repetida la enfermedad, ocasionado por varios factores, entre ellos el déficit de recursos para la ejecución de diagnóstico de laboratorio/clínico en forma oportuna, complementado por la falta de disponibilidad del tratamiento, siendo responsabilidad del Ministerio de la Salud, a través de sus entes ejecutores en el estado Amazonas como: la Dirección de Saneamiento Ambiental (Malariologia) y el Servicio Autónomo Centro Amazónico de Investigación y Control de Enfermedades Tropicales Simón Bolívar (CAICET), organismo adscrito al Ministerio Popular para la Salud que tiene entre sus funciones, programas de investigación clínica y epidemiológica en malaria, e igualmente, en cuanto a diagnóstico de laboratorio y clínica. Ambas instituciones normativamente tienen en sus pautas institucionales darle respuesta pertinente a la población afectada por malaria en

Principales hallazgos en los Estados Amazonas, Bolívar y Delta Amacuro

Según los testimonios de los propios pacientes, el tratamiento es consignado parcialmente y en otros casos, no es entregado a pesar de ser diagnosticado por la enfermedad, situación que explica en gran medida, los eventos repetidos de la enfermedad en una sola persona.

Estos hallazgos de campo Dirección de salud Ambiental, reportan más de 30 decesos anuales ocasionados por la malaria en el estado Amazonas. Se estima que por lo menos, 6 Municipios del Amazonas, entre ellos Atabapo, Atures, Autana y Manapiare se encuentran entre los más afectados de la malaria, siendo declarados incluso en estado de epidemia. Las causas del repunte de casos de esta enfermedad en estos Municipios pueden estar asociadas a diversas causas, entre las cuales la explotación de la minería ilegal, ausencia de políticas públicas en salud de educación, prevención y control de la endemia.

Ausencia de una dotación de insumos/equipos de los Ambulatorios de estas comunidades afectadas para realizar el diagnóstico clínico/laboratorio en forma temprana y del tratamiento requerido, igualmente, de recursos de logística para realizar una educación y vigilancia epidemiológica permanente en cada una de las comunidades de influencia, las cuales por sus condiciones geográficas/selváticas de complejidad genera serias dificultades para realizar en forma regular las movilizaciones.

Agregándose a esta situación, las serias dificultades económicas de los habitantes de estos pueblos indígenas afectados por estas endemias, los cuales no cuentan con los recursos para movilizarse a los centros de atención médica inmediata (en este caso el Hospital de Puerto Ayacucho), en algunos casos, deben hacer viajes de días, recorriendo grandes distancias por ríos, carreteras, aérea e incluso a pie, para poder llegar al punto de atención más cercano; situación que los coloca en riesgo de complicaciones o a su muerte.

Igualmente a través de diferentes fuentes institucionales y entrevistas a personas claves (pacientes), se registra un brote de tuberculosis y malaria en la Comunidad YeKuana de Toki en el Municipio Alto Orinoco. Durante los meses de febrero y marzo de 2017 hubo un total de 19 personas que se infectaron de tuberculosis en la comunidad de Yekuana de Toki de los que fallecieron 06 personas, en la Esmeralda en la capital del Municipio. En este sentido, se puede decir que independientemente que existe un programa nacional de control y tratamiento para la tuberculosis, existe una brecha importante para su total cumplimiento en estas comunidades indígenas, lo cual debe convertirse en una alerta ante las autoridades sanitarias nacionales y del estado Amazonas, a los fines que evalúen la situación y busquen estrategias para facilitar la accesibilidad del tratamiento a estas poblaciones.

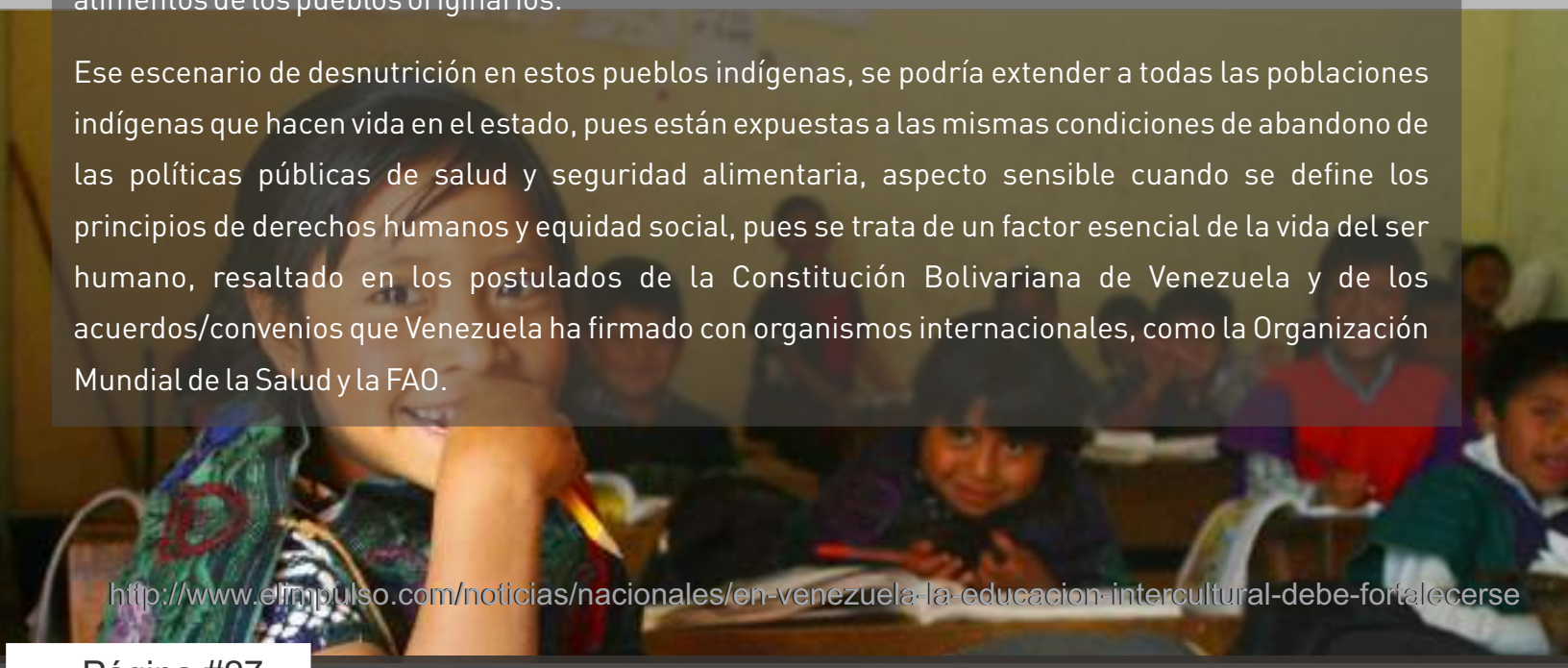
Fuente: Foto: AVN

Principales hallazgos en los Estados Amazonas, Bolívar y Delta Amacuro

Otro aspecto medular en este análisis del indicador de la salud se asocia a la problemática de la alimentación en las poblaciones indígenas, los hallazgos de campo se refiere a la desnutrición en la etnia Jivi, estos pueblos indígenas producto de la transculturización, han abandonado sus formas originarias de alimentación, sustituyéndolos en gran parte, por rubros como la pasta, harinas y arroz, y ante la escasez y altos costos de los mismos, no le son accesibles limitándolos a una dieta que carece de vitaminas y proteínas, exponiéndolos a cuadros de desnutrición. Información que tiene como referencia según información suministrada por el Servicio de Atención y Orientación del Indígena en el estado Amazonas, a través de su Directora, Almeida Rico del pueblo Chaima, afirma que de acuerdo a un estudio nutricional realizado por el equipo de especialistas del estado año 2016, la situación alimentaria es crítica en el estado, especialmente de los pueblos indígenas que habitan en la región, siendo el más vulnerable la población Jivi.

Los números aportados por esta Oficina establecida en el Hospital José Gregorio Hernández de Puerto Ayacucho del Municipio Atures (capital del estado), dan cuenta de 32 personas en situación grave de desnutrición durante el año de este estudio (2016), de los cuales certifican 7 fallecidos. Las políticas de Estado no parecen apuntar a una solución a corto plazo, y más aún se alejan de la realidad de nuestros pueblos indígenas, pues no se crean políticas de desarrollo e incentivo en la producción tradicional de alimentos de los pueblos originarios.

Ese escenario de desnutrición en estos pueblos indígenas, se podría extender a todas las poblaciones indígenas que hacen vida en el estado, pues están expuestas a las mismas condiciones de abandono de las políticas públicas de salud y seguridad alimentaria, aspecto sensible cuando se define los principios de derechos humanos y equidad social, pues se trata de un factor esencial de la vida del ser humano, resaltado en los postulados de la Constitución Bolivariana de Venezuela y de los acuerdos/convenios que Venezuela ha firmado con organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud y la FAO.



http://www.elimpulso.com/noticias/nacionales/en-venezuela-la-educacion-intercultural-debe-fortalecerse

Principales hallazgos en los Estados Amazonas, Bolívar y Delta Amacuro

Una persona/población desnutrida se encuentra postergada social y productivamente, no cuenta con las condiciones cognitivas y psicológicas para relacionarse en forma normal en su comunidad, al contrario, es víctima de cualquier riesgo/amenaza de enfermedades, pues no cuentan con las defensas para protegerse; así como, la presencia de la tuberculosis y de la malaria/paludismo, independientemente que la segunda sea de transmisión por vectores, también esta asociada a las formas de vida de las personas.

Ante este escenario delicado y complejo de desnutrición en los pueblos indígenas y su impacto en la calidad de vida, es necesario plantearse encuentros de trabajo con las instituciones gubernamentales regionales y nacionales, a los fines de evaluar las políticas de producción socioeconómica enfocados a los pueblos indígenas, e igualmente, los programas sociales alimentarios planificados, su cobertura de beneficiarios, mecanismos de seguimiento y especialmente una evaluación de su impacto social y nutricional.

Un tema que ha venido generando gran preocupación en el área indígena es el aumento de la minería ilegal. En este sentido, la Coordinadora de Organizaciones Indígenas de la Amazonia Venezolana (COIAM) y la Organización Regional de Pueblos Indígenas de Amazonas (ORPIA), presentaron un comunicado a la opinión pública en torno a la minería ilegal del Municipio Manapiare, donde exponen su profunda preocupación por la invasión de la minería ilegal en la zona del Rio Parucito y sus afluentes. Igualmente las amenazas y agresiones que están sufriendo los pueblos indígenas Panare. Yabarana y Hoti habitantes originarios de esas tierras. Es clave decir, que este hecho irregular impacta no solamente a la invasión de los territorios indígenas, sino además, a la destrucción del ambiente y a los modelos socioproductivos de vida originarios de estas comunidades, trayendo entre sus consecuencias, la presencia de las endemias como la malaria, e igualmente de otras enfermedades como la tuberculosis.

Debido a la magnitud e impacto de esta situación en la calidad de vida de los pueblos indígenas, es

http://www.elimpulso.com/noticias/nacionales/en-venezuela-la-educacion-intercultural-debe-fortalecerse
EL UNIVERSAL

Situación de la Educación en el Estado Amazonas

El desarrollo de la investigación en el sistema educativo en este estado se concentró en el Municipio Atures por las razones de accesibilidad geográfica y de disponibilidad de recursos, producto a la complejidad geográfica del estado, que hace difícil la movilización hacia las comunidades que comprenden los Municipios más alejados como el Alto Orinoco. Igualmente es necesario decir, que la mayoría de las escuelas que funcionan en el Municipio Atures son financiadas por la Gobernación del Estado.

Se encuentra establecido en esta escuela el modelo de la educación intercultural bilingüe, con el idioma del pueblo jivi ya que el porcentaje supera más del 70 % de la población, en referencia al pueblo Wuotoja que es menos del 30 %, este último se habla más por ser mayoría en la matricula escolar. Los profesores en su mayoría son Jivi. Cumpliendo de esta manera, con algunos de los principios de la Constitución Bolivariana de Venezuela referente al reconocimiento de la lengua materna en los procesos académicos de las comunidades.

3.- **Escuela Básica Maria Maniglia.** Parroquia Platanillal. Municipio Atures. Financiado por la Gobernación del Estado Amazonas. La escuela cuenta con primaria completa y tiene una cobertura escolar de 78 alumnos que proceden de un grupo indígena Jivi, distribuidos en seis grados con el cumplimiento de un solo turno. Cuenta con seis docentes todos nativos de la zona.

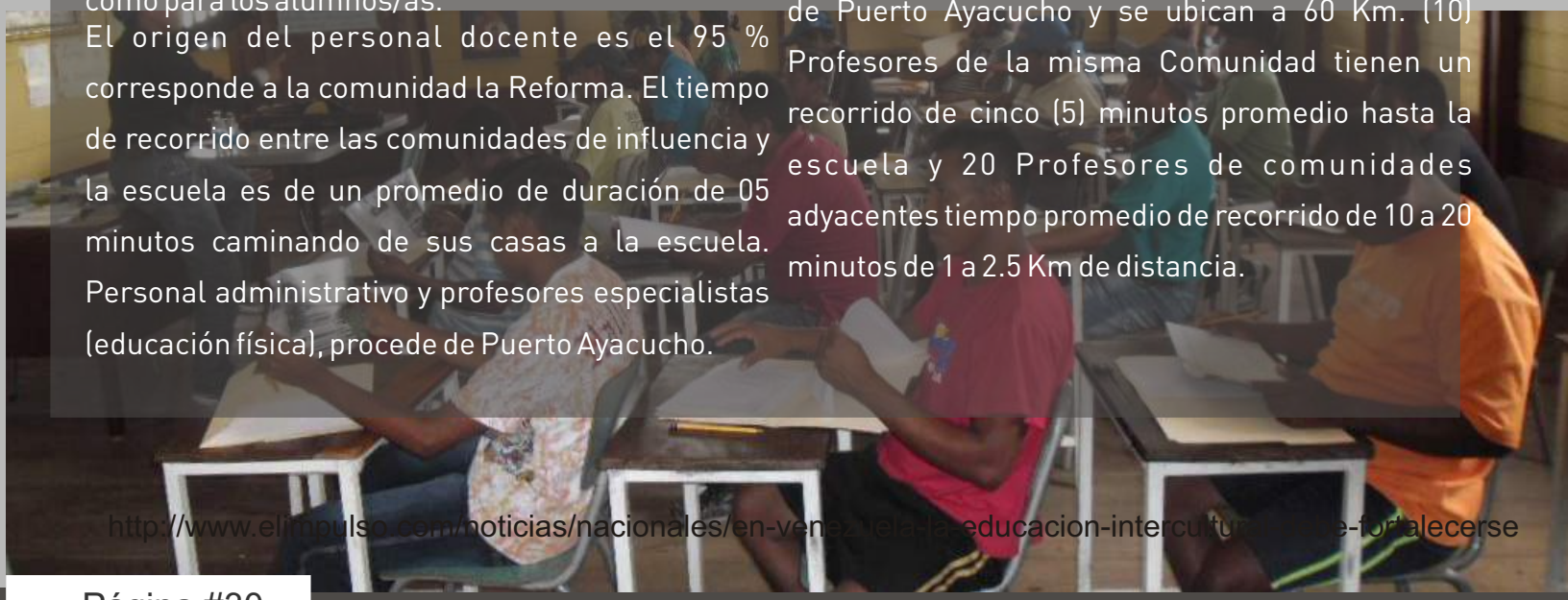
Respecto al análisis de indicadores relacionados con Tipos de Programas Sociales y Actividades Extracurriculares que prestan las Escuelas. El registro de estos indicadores en las escuelas estudiadas se puede ubicar en el rango de Aceptable. Pues la tendencia es la presencia de programas sociales que complementan el proceso académico, entre los cuales se mencionan: Aulas Virtuales/CANTV, Biblioteca, Servicio de Internet (irregular), Comedores Escolares este último financiado en algunas escuelas por el Gobierno Nacional y en otras por la Gobernación del Estado, tiene una cobertura de beneficiarios de toda la matrícula de primaria y secundaria.

El desarrollo de la investigación en el sistema educativo en este estado se concentró en el Municipio Atures por las razones de accesibilidad geográfica y de disponibilidad de recursos, producto a la complejidad geográfica del estado, que hace difícil la movilización hacia las comunidades que comprenden los Municipios más alejados como el Alto Orinoco. Igualmente es necesario decir, que la mayoría de las escuelas que funcionan en el Municipio Atures son financiadas por la Gobernación del Estado.

1.-**Escuela Básica Francisco de Miranda.** Localizada en el Municipio Atures, Parroquia Platanillal. Centro Poblado. Indígena-Rural, financiada por la Gobernación del Estado Amazonas, se registra una cobertura de matrícula que corresponde a primaria completa y cuenta con 12 sesiones/salones con un total de 206 alumnos/alumnas y 12 docentes. Horario: 7am a 12 del mediodía. La institución educativa se encuentra ubicada en la propia comunidad, lo cual supone una accesibilidad física/geográfica tanto a los docentes como para los alumnos/as.

El origen del personal docente es el 95 % corresponde a la comunidad la Reforma. El tiempo de recorrido entre las comunidades de influencia y la escuela es de un promedio de duración de 05 minutos caminando de sus casas a la escuela. Personal administrativo y profesores especialistas (educación física), procede de Puerto Ayacucho.

2.-**Unidad Educativa Santiago Aguerrevere.** Localizado en el Municipio Atures. Parroquia Parhueña Centro Poblado. Indígena-rural. Sector: Puente Parhueña. Financiado por la Gobernación del Estado Amazonas. Cobertura de Matricula: primaria y secundaria completa expresada en 470 alumnos/as. Cuenta con 12 sesiones/salones con un total (32) docentes. Horario: 7 am a 12 del mediodía. El recorrido en tiempo de las comunidades a la escuela del equipo docente se refleja de la siguiente manera: (2) Profesores son de Puerto Ayacucho y se ubican a 60 Km. (10) Profesores de la misma Comunidad tienen un recorrido de cinco (5) minutos promedio hasta la escuela y 20 Profesores de comunidades adyacentes tiempo promedio de recorrido de 10 a 20 minutos de 1 a 2.5 Km de distancia.



http://www.elimpulso.com/noticias/nacionales/en-venezuela-la-educacion-intercultural-debe-fortalecerse

Entre las actividades extracurriculares se registran: Clases de cerámica coordinado por la Red Pedagógica Cultural y Deportiva, coordinado por un organismo perteneciente a la Gobernación del Estado. Huertos escolares. CLAP, la coordinación de las bolsas de comida con el Ejecutivo Nacional. Aunque existen en menor proporción escuelas que los recursos de programas sociales y actividades extracurriculares son muy básicas, el cual no incluye el servicio de internet y las aulas virtuales de CANTV.a con seis docentes todos nativos de la zona.

Respecto al Indicador de Recursos: Humanos-Materiales Alianzas Estratégicas, los resultados del registro de este indicador en las escuelas investigadas apuntan hacia un escenario donde existe diferencias significativas entre la presencia de cada uno de estos recursos. En cuanto a los recursos humanos, independientemente que se observa una plantilla heterogénea de docentes que oscilan entre 32 (como límite máximo), hasta el número mínimo de 6 docentes, esto obedece en gran medida, al tipo de estructura que responde a la demanda de los programas educativos de cada escuela. En algunas instituciones funciona solamente la primaria y en otras está integrado el bachillerato completo.

Referente al registro de las condiciones de las infraestructuras donde funcionan las instituciones educativas, se ubican en un rango de Regular/Bueno, pues algunas instituciones educativas registran todos los servicios básicos como: electricidad, aseo, servicios de aguas servidas, inclusive servicio de internet (con escasa regularidad del servicio) como buenas condiciones físicas de la infraestructura educativa que hacen posible un funcionamiento adecuado del programa escolar. No obstante, se reportan en menor proporción escuelas que presentan serias deficiencias de recursos.

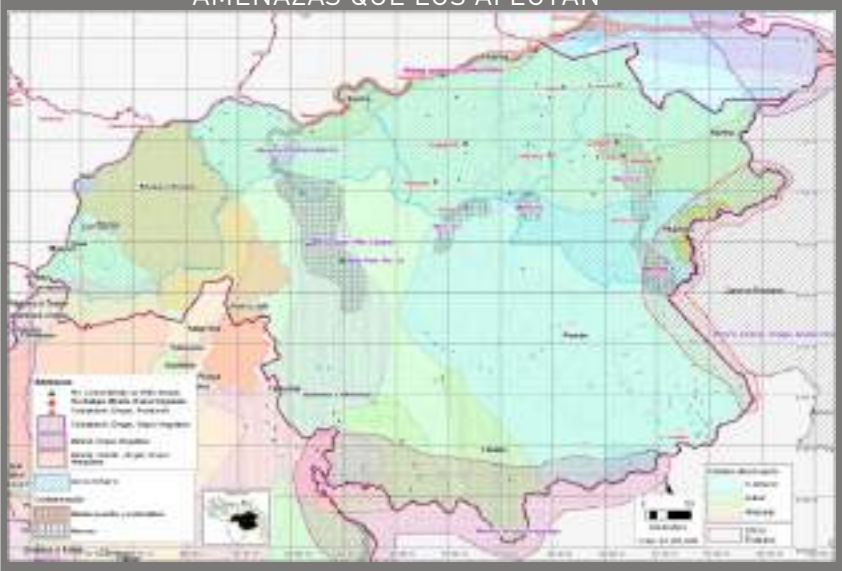
Existen otros registros de campo de Kape-Kape, que amplía la información del funcionamiento del sistema educativo en otras comunidades del estado, como las siguientes Escuelas: Manacas, Rio Ventuari, Menca de Leoni, Puerto Ayacucho, Simón Bolívar, donde la situación luce diferente a las descritas anteriormente, a continuación una muestra fotográfica del deterioro físico de las mismas:

Situación de escuela en el estado Amazonas

Fuente: Kape Kape (tomadas por el investigador Olnar Ortiz. Estado Amazonas)

ESTADO BOLÍVAR:

UBICACIÓN RELATIVA DE PUEBLOS INDÍGENAS Y AMENAZAS QUE LOS AFECTAN



Elaborado por: Ing. Antonio Salgado. S. Junio-2017
Preparado para: Asociación Civil Kapé-Kapé
Fuentes Múltiples: Asociación Civil Kapé-Kapé, Instituciones públicas y privadas, Ministerios, ONG's.

UBICACIÓN RELATIVA DE PUEBLOS INDÍGENAS Y CENTROS DE SALUD

Elaborado por: Ing. Antonio Salgado. S. Junio-2017
Preparado para: Asociación Civil Kapé-Kapé

La caracterización sociodemográfica general de este estado de acuerdo al Censo (2011) Instituto Nacional de Estadísticas (INE), cuenta con una población total de 1.405.064, y específicamente la población indígena se registra un total de 54.686 habitantes, desagregado en sexo masculino: 27.755 y el sexo femenino con un total de 26931 personas. Esta población indígena se distribuye por áreas geográficas de la siguiente manera: área urbano 10.991y área rural: 43.695 indígenas. Información que es complementada por el aporte de las fuentes de la Federación Indígena del estado Bolívar(FIEB)/Organización Kuyujani (2016), donde se registra en el estado, 18 pueblos indígenas en 08 Municipios, 384 comunidades en todo el Estado Bolívar.

En cuanto al funcionamiento de los servicios básicos en las poblaciones indígenas se tiene la síntesis siguiente:

ü Acceso al servicio agua potable: el 97% de las comunidades no cuentan con el agua potable sino que consumen aquella que proviene de ríos, caños, quebradas.

El proceso de investigación de los sistemas de salud refleja un escenario heterogéneo/complejo, pues se observa diferencias sustanciales en la funcionalidad de cada uno de los Ambulatorios estudiados, como a continuación se describe:

1.-Ambulatorio TIPO II. Municipio Sucre. Parroquia Aripao. Centro Poblado Maripa. Sector/comunidad Santa Maria. Financiado por el Ministerio Popular para la Salud. Se encuentra localizado a tres (3) días promedio de las comunidades de influencia vía fluvial. Cobertura de atención 700 personas en total desagregado en las siguientes comunidades/sectores: Santa Maria/ Alto Erebato 550 habitantes. Erebatiña/ Alto Erebato 150 habitantes. Cuenta con un solo recurso de enfermería, el cual no guarda relación con las normativas de organización sanitaria del país, que contempla en un Ambulatorio Rural Tipo II, la presencia de un profesional de la medicina.

Este Ambulatorio cuenta con los siguientes Programas: Programa de Crecimiento y Desarrollo. Subprogramas: Infantil, Preescolar. Adolescente. Salud Escolar.

Programa Salud Sexual y Reproductiva. Sub-programas: Planificación Familiar. Prenatal. Posnatal. Programa Ampliado de inmunizaciones. Sub-programas: Infantil y de adultos. Programas: Enfermedades Crónicas. Sub-Programas: Diabetes. Cardiovascular. Programa: Enfermedades respiratorias. Sub-programas: Asma. Programa Oncología. Sub-programas: Cáncer cuello uterino. Cáncer de mamas y cáncer de próstata. Programas de prevención y control de enfermedades endémicas: (Malaria. Dengue. Leishmaniasis, Oncocercosis, otras).Este reporte del funcionamiento de cada uno de estos programas se enmarca en los Principios de Atención Primaria en Salud (APS), donde su énfasis es la educación/promoción en salud y la prevención de las enfermedades.

Fuente: Kapé Kapé

El marco donde se inscribe el programa de leishmaniasis, cuyo enfoque son acciones educativas y de prevención para evitar que la población se infecte de esta enfermedad y en el caso de presentar la úlcera en la piel (leishmaniasis cutánea), proceder con las instrucciones para realizar su aseo local para evitar infecciones y referirlos al Servicio de Dermatología Sanitaria del Distrito/Municipio Sanitario que le corresponda, o en su defecto a la Coordinación estadal, donde funciona un equipo conformado por un dermatólogo y personal de salud, donde se realiza el diagnóstico clínico y parasitológico y de acuerdo a los resultados se le aplica el tratamiento. Estos Servicios están adscritos a las normativas del Servicio Autónomo Instituto de Biomedicina. "Doctor Jacinto Convit" UCV/MPPS, rector de las políticas y programas de prevención y control de la leishmaniasis a nivel nacional.

De igual manera, el papel del equipo del Ambulatorio en cuanto al programa de oncocercosis "enfermedad ceguera de los ríos", se enmarca en actividades educativas, de prevención y de cumplimiento del tratamiento masivo con Mectizan® (comprende dos rondas anuales), vigilancia epidemiológica y entomológica, bajo la supervisión de un equipo médico responsable de la región, quien cumple normas del Programa de eliminación de la enfermedad, cuya rectoría funciona en el Servicio Autónomo Instituto de Biomedicina "Doctor Jacinto Convit", en coordinación con el Ministerio Popular para la Salud.

El estado Bolívar se encuentra identificado en el foco sur con un reducido grupo de comunidades indígenas afectados, geográficamente colinda con la población afectada de mayor magnitud e impacto de esta enfermedad en el estado Amazonas (Alto Orinoco-población Yanomami), y el Estado Roraima de Brasil, ubicadas en el rango clínico/epidemiológico como hiperendémica, es decir, donde el impacto de la enfermedad y consecuencias son severas como: la ceguera, nódulos en el cuello donde se alojan las filariasis (los parásitos), prurito en la piel entre otras afecciones delicadas.

Fuente: Kapé Kapé

Situación de la Salud Indígena en el Estado Bolívar

Considerado este foco el más difícil de controlar por las características geográficas de difícil acceso, donde se requieren horas o hasta días de largas caminatas, navegación a través de los ríos y comunidades donde sólo es posible acceder a través de helicóptero. Se vincula además, las formas de vida nómada de los pueblos indígenas localizados aisladamente, entre las montañas, planicies o entre la selva.

No obstante, esta endemia fue declarada eliminada su transmisión en la Gaceta Oficial número 39.673, con fecha 13 de mayo de 2011, en los focos nororiental norcentral del país, donde se suspende el tratamiento y se establece una fase de un sistema de vigilancia epidemiológica pos tratamiento por un mínimo de tres años, el cual permita detectar oportunamente la aparición de casos nuevos de infección y un posible restablecimiento de la transmisión de la enfermedad.

Entre las primeras causas de morbilidad registradas en el estudio: Malaria no registra el número de casos su distribución por género. Cáncer, no se identifica ni el número de casos, tipo y población afectada. Complicaciones durante el parto, la información registrada no específica que tipo de complicaciones si se refiere a situaciones durante el parto, infecciones posparto y si ocurre fallecimientos.

La observación directa del entrevistador y el reporte del entrevistado reseña que las condiciones de la infraestructura del Ambulatorio se encuentra en un estado regular y la dotación de insumos/equipos es valorada como insuficiente, pues no cubre con las necesidades requeridas para el cumplimiento del servicio de salud, asociada a la deficiencia de las políticas de mantenimiento equipos. El horario de atención del Ambulatorio es de 7am a 7pm.

En cuanto a los resultados del registro de organizaciones sociales que hacen vida en esta comunidad se encuentra: los comités de salud, asociación Acona y consejos comunales. Independientemente que cada una de ellas, tiene una naturaleza particular en sus objetivos y alcances lo importante es la evaluación de sus potencialidades para generar iniciativas conjuntas para contribuir a mejorar la capacidad resolutiva de atención en salud del Ambulatorio.

Fuente: Kapé Kapé

Situación de la Salud Indígena en el Estado Bolívar

Considerado este foco el más difícil de controlar por las características geográficas de difícil acceso, donde se requieren horas o hasta días de largas caminatas, navegación a través de los ríos y comunidades donde sólo es posible acceder a través de helicóptero. Se vincula además, las formas de vida nómada de los pueblos indígenas localizados aisladamente, entre las montañas, planicies o entre la selva.

No obstante, esta endemia fue declarada eliminada su transmisión en la Gaceta Oficial número 39.673, con fecha 13 de mayo de 2011, en los focos nororiental norcentral del país, donde se suspende el tratamiento y se establece una fase de un sistema de vigilancia epidemiológica pos tratamiento por un mínimo de tres años, el cual permita detectar oportunamente la aparición de casos nuevos de infección y un posible restablecimiento de la transmisión de la enfermedad.

Entre las primeras causas de morbilidad registradas en el estudio: Malaria no registra el número de casos su distribución por género. Cáncer, no se identifica ni el número de casos, tipo y población afectada. Complicaciones durante el parto, la información registrada no específica que tipo de complicaciones si se refiere a situaciones durante el parto, infecciones posparto y si ocurre fallecimientos.

La observación directa del entrevistador y el reporte del entrevistado reseña que las condiciones de la infraestructura del Ambulatorio se encuentra en un estado regular y la dotación de insumos/equipos es valorada como insuficiente, pues no cubre con las necesidades requeridas para el cumplimiento del servicio de salud, asociada a la deficiencia de las políticas de mantenimiento equipos. El horario de atención del Ambulatorio es de 7am a 7pm.

En cuanto a los resultados del registro de organizaciones sociales que hacen vida en esta comunidad se encuentra: los comités de salud, asociación Acona y consejos comunales. Independientemente que cada una de ellas, tiene una naturaleza particular en sus objetivos y alcances lo importante es la evaluación de sus potencialidades para generar iniciativas conjuntas para contribuir a mejorar la capacidad resolutiva de atención en salud del Ambulatorio.

Fuente: Kapé Kapé

Situación de la Salud Indígena en el Estado Bolívar

El caso de este Ambulatorio sirve de referencia para demostrar que cuando se habla de la capacidad resolutiva de atención en salud a una población, no es suficiente reportar la existencia de una infraestructura de salud en una comunidad, es indispensable que exista además, la articulación de varios factores como: los recursos humanos, materiales y financieros que se requieran para cubrir las necesidades/demandas de las poblaciones de influencia, que en este caso no se cumple. Así como, la accesibilidad geográfica/cultural de la población al sistema de salud, en este caso, el Ambulatorio se encuentra físicamente cercano a la población beneficiaria pero no cuenta con los recursos humanos y materiales para satisfacer sus necesidades, situación que obliga a la población a recorrer hasta tres días vía fluvial a otro centro de salud para solicitar la atención de salud requerida, colocándolos en alto riesgo durante su movilización, así como, las posibles complicaciones de sus condiciones de salud.

Esta realidad de este ambulatorio puede ser proyectado a otras comunidades indígenas del estado, por lo tanto se sugiere a las autoridades de salud de la región, evaluar en forma detenida el funcionamiento de cada sistema sanitario y establecer los correctivos que sean necesarios para garantizarle a la población la calidad de atención que tienen derecho como ciudadanos, así como lo expresa los principios de la Constitución Bolivariana de Venezuela.

2.- Ambulatorio "Mata Tapaquire Municipio Heres. Parroquia Zea. Centro Poblado Troncal 19. Financiado por el Ministerio Popular para la Salud. El tiempo promedio entre el establecimiento de salud y las comunidades que atiende es de tres horas. Tiene un área de influencia de la Mata de Tapaquire con una población de 370 habitantes. Cuenta con horario de atención este Ambulatorio las 24 horas del día por la enfermera que reside en la propia comunidad.
El Ambulatorio fue fundado en el 1990 a solicitud de la misma comunidad, para el momento el Señor Julián Camora era Cacique de esta comunidad, quien coordinó ante las instancias correspondientes la creación establecimiento de salud.

Situación de la Salud Indígena en el Estado Bolívar

Las condiciones de la infraestructura y el perfil de funciones de la enfermera las cuales se enmarcan en acciones de Atención Primaria en Salud, (APS), con énfasis en la educación y prevención individual y colectiva, determinan el alcance del funcionamiento de los pocos programas que seguidamente se describen: Programa: Crecimiento y Desarrollo. Sub-Programas: Infantil. Preescolar. Adolescente. Salud Escolar. Programa Salud Sexual y Reproductiva: Planificación Familiar. Solamente se registra actividades de educación en el Subprograma de Planificación Familiar.

Esta realidad evidencia la baja capacidad resolutiva de atención en salud que presta este Ambulatorio a su población de influencia, pues los criterios de este principio no se cumplen, por un lado, las condiciones de la infraestructura improvisadas no guardan los requisitos de la ingeniería sanitaria para desarrollar las actividades, y por otra parte, la ausencia de recursos/insumos/equipos para apoyar las iniciativas de educación y prevención realizadas por la enfermera. Unido a la accesibilidad geográfica que de acuerdo al registro las poblaciones de influencia se encuentran a una distancia promedio de tres horas de recorrido. Y por la ausencia de un profesional de la medicina, la población necesariamente debe trasladarse a buscar a otro lugar a recibir atención que requiera, esituación compleja por las distancias y las condiciones de accesibilidad geográfica unido a las condiciones de recursos económicos que amerita un traslado y alojamiento.

El registro de las primeras causas de morbilidad: Cáncer de cuello uterino. Asma. Malaria. Diabetes y el registro de las primeras causas de mortalidad: Cáncer. Complicaciones del parto. Accidentes de tránsito. El registro estadístico refleja serias debilidades de funcionamiento real, ocasionado en gran medida, a la naturaleza irregular de improvisación del servicio.

De acuerdo al trabajo de campo de los investigadores en estas comunidades registran la confirmación de 120 casos positivos de malaria entre niños y adultos. Uno de los factores de riesgo asociado a la presencia de esta enfermedad la representa el incremento de la minería ilegal en la zona.

Situación de la Salud Indígena en el Estado Bolívar

Las condiciones de la infraestructura y el perfil de funciones de la enfermera las cuales se enmarcan en acciones de Atención Primaria en Salud, (APS), con énfasis en la educación y prevención individual y colectiva, determinan el alcance del funcionamiento de los pocos programas que seguidamente se describen: Programa: Crecimiento y Desarrollo. Sub-Programas: Infantil. Preescolar. Adolescente. Salud Escolar. Programa Salud Sexual y Reproductiva: Planificación Familiar. Solamente se registra actividades de educación en el Subprograma de Planificación Familiar.

Esta realidad evidencia la baja capacidad resolutiva de atención en salud que presta este Ambulatorio a su población de influencia, pues los criterios de este principio no se cumplen, por un lado, las condiciones de la infraestructura improvisadas no guardan los requisitos de la ingeniería sanitaria para desarrollar las actividades, y por otra parte, la ausencia de recursos/insumos/equipos para apoyar las iniciativas de educación y prevención realizadas por la enfermera. Unido a la accesibilidad geográfica que de acuerdo al registro las poblaciones de influencia se encuentran a una distancia promedio de tres horas de recorrido. Y por la ausencia de un profesional de la medicina, la población necesariamente debe trasladarse a buscar a otro lugar a recibir atención que requiera, esituación compleja por las distancias y las condiciones de accesibilidad geográfica unido a las condiciones de recursos económicos que amerita un traslado y alojamiento.

El registro de las primeras causas de morbilidad: Cáncer de cuello uterino. Asma. Malaria. Diabetes y el registro de las primeras causas de mortalidad: Cáncer. Complicaciones del parto. Accidentes de tránsito. El registro estadístico refleja serias debilidades de funcionamiento real, ocasionado en gran medida, a la naturaleza irregular de improvisación del servicio.

De acuerdo al trabajo de campo de los investigadores en estas comunidades registran la confirmación de 120 casos positivos de malaria entre niños y adultos. Uno de los factores de riesgo asociado a la presencia de esta enfermedad la representa el incremento de la minería ilegal en la zona.

Fuente: Kape. Kape

Situación de la Salud Indígena en el Estado Bolívar

La comunidad exige vigilancia epidemiológica y control del vector para evitar que este brote siga aumentando, e incluso se propague a otros sectores. Asimismo recuerdan que, esta situación se viene presentando desde el año pasado, y todavía son escasos los tratamientos que llegan a este sector de la Parroquia Zea, del Municipio Heres.
De igual manera, denunciaron que no cuentan con agua potable, ni vías de acceso adecuadas para recibir mayor atención o salir a buscarla.
La dotación de insumos/equipos es valorada como insuficiente, unido a la improvisación de una infraestructura para prestar atención básica en salud, potencia la grave crisis de atención sanitaria vulnerando los derechos esenciales de la salud de las comunidades. Situación que se genera en una alerta a las autoridades de salud nacional y regional para que evalúen esta realidad lo antes posible.
Las Organizaciones Sociales registradas en la investigación son: Consejos Comunales, Grupos Culturales, representan una alternativa de presión social para reclamar ante las instituciones de salud del estado la construcción de un Ambulatorio con las características que demanda la población, igualmente la presencia de médicos y dotación de recursos/insumos/equipos que g

A manera de conclusión, se puede decir que la vulneración de los derechos humanos a la salud de estos pueblos es evidente, por cuanto el Estado venezolano, tiene el deber de garantizar las condiciones para el cumplimiento de este derecho. aranticen una eficiente atención en salud.

3.-**Ambulatorio Rural Tipo II San Antonio. Municipio Sucre**. Parroquia Moitaco. Centro Poblado Indígena Itoiponcon. Sector Rinconcito. El Ambulatorio originalmente estuvo funcionando bajo el modelo de la medicina tradicional hasta el año 1992,cuando se creó el Ambulatorio a través del Ministerio de Salud, este sistema de salud cuenta con la atención de un médico que hace un promedio de cinco años solamente atiende a la población los días miércoles de cada semana.

La cobertura de atención del Ambulatorio es de una comunidad de influencia: San Antonio con una población de 300 habitantes.

La frecuencia de la atención médica se traduce en una limitada cobertura de consultas generales, reduciendo sus acciones en el programa ampliado de inmunizaciones en niños y adultos, así como, la atención de pacientes que presentan la enfermedad crónica de la diabetes.

Situación de la Salud Indígena en el Estado Bolívar

El registro de las principales causas de morbilidad igualmente deben leerse con cuidado a la luz de la irregularidad de la prestación del servicio de salud y esto como impacta en un registro estadístico, sin embargo se pudo documentar que se han presentado enfermedades infecciosas(no específica que tipo de enfermedad), afecta a la población adulta mayor. Accidentes de trabajo en el campo, afecta a la población adulta.

Población atendida por ciclos de vida y género: Este indicador muestra el verdadero rostro de atención real de salud a la población, en este caso es evidente que se refleje una baja cobertura por ciclos de vida y género. Pues se encuentra ausente los criterios para medir la capacidad resolutiva de atención en salud como: Presencia y condiciones de funcionamiento idóneo de la infraestructura sanitaria, presencia activa del equipo de salud que preste atención a toda la población de influencia al sistema de salud, dotación de recursos/insumos y equipos para apoyar de manera eficiente la atención de salud a la población y la accesibilidad geográfica y cultural hacia el centro de salud. En consecuencia esto refleja los resultados que a continuación se indican:

Infancia Masculino/femenino, capacidad resolutiva del 2%.

Adolescencia Masculino/femenino capacidad resolutiva del 2%

Adulto joven Masculino/femenino capacidad resolutiva del 20%

Adulto mayor Masculino/femenino capacidad resolutiva el 1%

El Ambulatorio cuenta con (1) Médico General de nacionalidad venezolana que solamente presta atención en salud un solo día a la semana.

De acuerdo a la observación directa del investigador de campo y a los datos recabados con las entrevistas se determina que la dotación de insumos/equipos, como insuficiente, pues los mismos no cubren las necesidades/expectativas de los requerimientos de apoyo logístico y técnico que se requiere para complementar la atención en salud. Unido a la ausencia de una política de supervisión y mantenimiento de los equipos disponibles, situación que hace más vulnerable la funcionalidad de los mismos. La infraestructura sanitaria de acuerdo a lo observado por el investigador la define como regular.

Fuente: Kape. Kape

Situación de la Salud Indígena en el Estado Bolívar

Las organizaciones sociales que hacen vida con la comunidad y tienen interacción con el Ambulatorio son: Consejos Comunales y la Alianza Estratégica con la Universidad Bolivariana de Venezuela (UBV), los mismos deben constituirse como vehículos para facilitar a transformar la situación de salud de esta comunidad.

Se puede concluir de acuerdo al registro de la investigación de este Ambulatorio, que no guarda relación con su clasificación organizacional donde se infiere que debe tener una capacidad instalada de recursos de mayor magnitud para la atención oportuna a la población de influencia, al contrario, la capacidad de respuesta se traduce a un mínimo de oferta de programas reflejada en la baja cobertura de atención desagregada por ciclos de vida y género, donde los rangos se mueven entre un 2% y 20%, indicadores preocupantes, a considerar en el marco de las políticas públicas de salud hacia los pueblos indígenas. Por otra parte, se registra que la apertura a la minería ilegal en esta zona ha venido reflejándose la aparición y repunte de casos de malaria, pues la población joven y adulta se han incorporado como mano de obra en estas minas en búsqueda de solucionar sus problemas socioeconómicos que los afecta.

El escenario de la salud de esta comunidad se fundamenta en las severas debilidades de un sistema de salud que no dispone de recursos humanos, de logística y tecnológico para dar respuesta a su situación de salud en forma pertinente, articulado con la presencia de la minería ilegal que antes de ser una respuesta a la solución de los problemas, en sí constituye un riesgo permanente ante la salud de toda la comunidad pues está alterando el ecosistema y las formas de vida originaria de estos pueblos indígenas.

Realidad estrechamente vinculada con las definiciones de la Organización Mundial de la Salud, (OMS), quien ubica a los pueblos indígenas, como postergados socialmente o pueblos olvidados, donde sus condiciones de precariedad social y de una ausencia de políticas públicas en salud las hace proclive a la presencia y resurgencia de diferentes enfermedades, situación que se enmarca en los principios de equidad social.

Fuente: Kape. Kape

Situación de la Salud Indígena en el Estado Bolívar

4.- Centro Poblado comunidad indígena Itoiponcon. Sector/Comunidad: Rinconcito. Municipio Heres. Parroquia José Antonio Páez. En este caso se reporta la ausencia de un sistema de salud local, se cuenta con un Albergue improvisado, donde los indígenas se concentran a los fines de semana para recibir atención médica general, la cual tiene una disponibilidad de medio tiempo (mediodía).

El análisis del funcionamiento del sistema de salud en esta comunidad rompe de manera estructural la metodología aplicada en los anteriores, pues en este caso, es evidente lo atípico de una prestación de salud en un Albergue los fines de semana a medio tiempo y con una accesibilidad geográfica donde la población debe recorrer varias horas para llegar al Albergue. Colocando a esta población a riesgos inminentes desde el traslado al lugar, hasta las posibles complicaciones de su condición de salud, vulnerando los derechos esenciales de la salud lo cual se relacionan directamente con los principios de equidad social.

En consecuencia, no existen las condiciones técnicas para un registro de funcionamiento de programas de salud, como de un registro de las primeras causas de morbilidad y mortalidad. No obstante, en declaraciones del médico del Albergue indica, que entre las causas de consulta se registra las enfermedades transmitidas por vectores (malaria, dengue),enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión, enfermedades respiratorias como asma, tuberculosis, diferentes tipos de cáncer, desnutrición, cuadros diarreicos.

En términos contextuales es inevitable resaltar la presencia e incremento de la minería ilegal en este estado como un problema de salud pública, donde se compromete la calidad de vida del ambiente e impacta directamente en la salud de los pueblos indígenas, generando el riesgo en el aumento de las enfermedades transmitidas por vectores, e igualmente las enfermedades relacionadas a las infecciones respiratorias agudas. Premisa corroborada científicamente por los investigadores de la Sociedad Venezolana de Salud Pública (SVSP), quienes afirman, que la malaria persiste en Venezuela en el año 2017, expresando que el país cerró con 238.763 casos de malaria basado en los datos oficiales del Ministerio de la Salud y donde el estado Bolívar y particularmente el Municipio Sifontes, se mantiene en la cabeza de los estados infectados con un estimado anual de 178 mil 776 casos autóctonos.

Fotografía cortesía de https://www.la patilla.com

Situación de la Salud Indígena en el Estado Bolívar

Durante mayo de 2017 se observa como la malaria sigue amenazando la vida de los pueblos indígenas, especialmente de aquellos cuyas condiciones de vida son precarias. Así pasa en San José de Kayama, una comunidad ubicada al noroeste del estado Bolívar, donde según la denuncia de los lugareños al inicio de año fallecieron cuatro personas de paludismo. A esta comunidad del Municipio Cedeño sólo se llega vía aérea, por eso los pueblos Hotti y el pueblo Eñepa que allí viven son afectados con mayor fuerza por los embates de la enfermedad.

Un agravante de la situación actual, es que a la zona no llega el tratamiento a los centros de salud públicos, únicos autorizados para distribuirlos. Sin embargo, sí se pueden conseguir en la zona minera a costos exorbitantes, que sobrepasan los 20 mil bolívares por dosis.
Ante la inexistencia de la medicina convencional estos pueblos procuran curarse con las plantas medicinales de la zona, mientras el Estado incumple su responsabilidad de garantizar el derecho a la salud y la vida.

Otro factor sensible en la explotación minera ilegal además de otras formas de explotación minera amparadas por el Estado (como el caso del arco minero), la representa la contaminación del medio ambiente y de las fuentes de agua, los cuales constituyen factores de riesgos a la salud de toda la población que vive en la zona, pues toca aspectos medulares como el consumo del agua en los hogares, y por la contaminación del ambiente reflejada en infecciones respiratorias agudas, como el asma, bronquitis, diarreas, entre otras.

Diferentes organizaciones nacionales e internacionales han advertido el repunte de la malaria en Bolívar a partir del segundo trimestre de 2016 y primer semestre de 2017. Este padecimiento afecta de cerca a los pueblos y comunidades indígenas que se encuentran en situación de vulnerabilidad por diferentes factores:

1) por encontrarse en el epicentro de la actividad minera ilegal, como ya se ha explicado suficientemente los riesgos que genera esta actividad en cuanto a la destrucción y contaminación ambiental y el impacto en la aparición del vector transmisor de la malaria, afectando a la población localizada en la zona que por lo general no cuenta con la educación en salud para tomar las medidas preventivas ante la presencia de la picada del mosquito.

Situación de la Salud Indígena en el Estado Bolívar

2) las serias limitaciones de dotación de recursos profesionales, insumos/equipos de los Ambulatorios de estas comunidades para la realización de los diagnósticos clínicos/parasitológicos en forma temprana para facilitar la atención en salud con el debido tratamiento, el cual debe estar disponible para la población afectada.

3) la falta de políticas públicas en salud, traducidas en acciones educativas e informativas sobre lo que es la enfermedad, las formas como se transmite y las medidas de protección en el seno de sus comunidades. Para las comunidades indígenas en zonas remotas de la cuenca del río Caura(Municipios Sucre y Cedeño) la malaria representa uno de los problemas más importantes de salud pública, que se ha vuelto ya incontrolable.

De igual manera de acuerdo a la investigación de campo, registra que entre julio y agosto de 2016 en la comunidad indígena Chajuraña, se diagnosticaron 10 casos positivos de malaria. Estas personas no pudieron salir a la población de Maripa a buscar el tratamiento, y contaron sólo con la medicina tradicional para aplacar los síntomas de la enfermedad. Este mismo año fallecieron dos adultos indígenas ye'kwana, uno la comunidad de "Entre Ríos" y la otra paciente en "Tadakwaña" por la falta de medicamentos.

1.-Escuela Bolivariana Surapire, ubicada en el Municipio Sucre. Centro Poblado Maripa. Sector/comunidad Bajo Caura, financiada por el Ministerio Popular para la Educación, se registra una cobertura de matrícula de primaria completa con 45 alumnos y seis docentes. La distancia (tiempo promedio), entre la escuela y las comunidades de influencia, es de cinco (5) horas desde Maripa, especialmente para los docentes que deben trasladarse para ese lugar. De acuerdo a lo registrado en los resultados de la aplicación de la encuesta se infiere, que la escuela cumple un solo horario en horas de la mañana. Tipo de Programas Sociales que funciona en la escuela: Comedor Escolar

2.-Unidad Educativa Nacional "La Mata Tapaquire". Municipio Heres. Parroquia Zea. Centro Poblado: Vía Troncal 19.La comunidad indígena de la Mata está ubicada a unos 7 Km desde la entrada de la carretera nacional troncal 19, y no está sectorizado. Cobertura de Matricula: Primaria Completa con una matrícula de 79 alumnos Cuenta con seis (6) grados y tres (3) docentes. Se registra un turno de la tarde con diez (10) alumnos. Horario de atención: 7 am a 3:00 pm. Bachillerato con una cobertura de beneficiarios de 370 estudiantes.

Igualmente funciona en la misma infraestructura un Liceo que tiene un año que inició sus actividades,

Situación de la Salud Indígena en el Estado Bolívar

La procedencia del personal directivo, docente y administrativo, vienen desde Ciudad Bolívar a tres horas para llegar a la escuela. En este caso, es muy importante analizar como incide en la productividad y calidad de la enseñanza la variable de la frecuencia de movilización de los docentes por un recorrido significativamente largo para llegar a la escuela. La Escuela cuenta como único programa el Comedor Escolar. Por otra parte, existen Actividades Extracurriculares que corresponden a Actividades Culturales coordinadas por el equipo de docentes.

3.-Escuela Básica Nacional Intercultural bilingüe Kuranao, Comunidad Rinconcito. Centro Poblado Otopoincon. Parroquia José Antonio Páez. Municipio Heres, financiado por la Gobernación del Estado Bolívar y el Ministerio de Educación. Esta institución educativa posee primaria completa con un total de 81 alumnos/alumnas y seis (6) decentes. Todos nativos de la zona. Con un solo turno de clases (mañana).

Los resultados registran un modelo pedagógico diferente a las otras escuelas estudiadas en este estado, pues cuenta con un diseño curricular intercultural bilingüe, aspecto que genera una fortaleza en el proceso de aprendizaje.

Sin embargo, de acuerdo a lo reportado esta fortaleza se convierte en una posible debilidad por las serias dificultades de la disponibilidad de espacios físicos para realizar en forma eficiente las actividades docentes, pues solo se cuenta con dos aulas de clases, lo cual indica el hacinamiento de la comunidad educativa en forma cotidiana, aspecto que influye directamente en la calidad de la enseñanza de los niños/niñas.

Si bien es cierto, que existe un plantel educativo donde los niños pueden cursar su educación básica en la modalidad intercultural-bilingüe, la realidad existente es que, por lo difícil de acceder a un transporte en esta zona el 85% de los que terminan educación inicial no continúa los estudios, solo logran hacerlo el 15% de los cuales solo el 2% culmina los estudios (no se define el rango/nivel educativo alcanzado), el resto los abandona para iniciar su vida laboral. Adicionalmente un dato del 90% de la población femenina que debe abandonar sus estudios por razones de embarazo precoz.

4.-Unidad Educativa. Básica Nacional Intercultural bilingüe Kuranao. Financiado por el Ministerio Popular Para la Educación. Municipio Sucre. Parroquia Moitaco. Centro Poblado Indígena: San Antonio. Comunidad Moitaco. Cobertura de Matricula. Primaria Completa con 53 alumnos 53 alumnos y seis (6) docentes, distribuida de la

Situación de la Salud Indígena en el Estado Bolívar

siguiente manera:

Primer Grado: 10 alumnos. Segundo Grado 10 alumnos. Tercer Grado 10 alumnos. Cuarto Grado: 08 alumnos. Quinto Grado: 08 alumnos. Sexto Grado: 07 alumnos

Procedencia del Personal Directivo, Docente y Administrativo. Los docentes son nativos indígenas de la zona. Turno de las actividades docentes: En la mañana.
Se evidencia entonces,que en cuanto a programas sociales tienen el Comedor Escolar. En relación a las actividades extracurriculares la tendencia es negativa pues la mayoría no reportan ningún tipo de actividades.

Entre los servicios que se registra en las escuelas investigadas se mencionan: los servicios básicos como: la electricidad, Agua. El servicio de luz eléctrica en algunas comunidades es reportada como irregular, existe interrupciones por unos cuantos días, otros servicios como la telefonía no existe, no se cuenta con el servicio de agua intradomiciliaria incluyendo el resto de la comunidad. Todos tienen que acudir al morichal recoger el agua para el suministro diario en los hogares, situación que coloca este indicador como Deficiente. Esa situación se contrasta con el funcionamiento de la infraestructura, la cual tiene una tendencia como: Regular.

Se complementa este análisis con los hallazgos de la investigación en campo y debidamente registrados como: la alimentación indígena y la incidencia en el aumento del ausentismo escolar de los niños indígenas. Desde el año 2010, los pueblos indígenas han sufrido cambios drásticos en sus dietas tradicionales debido a la situación económica del país. A pesar de contar con sistemas de siembras y de cacería, desde hace muchas décadas los pueblos indígenas se apoyan en rubros alimenticios criollos para complementar su dieta y esto produjo un cambio drástico en su alimentación.

En las comunidades kariñas de Otoiponcon y Mata de Tapaquire, de Ciudad Bolívar, el 90% de los alumnos de las escuelas pierden al menos 3 días de clases por falta de alimentación, alguna enfermedad o falta de algún insumo escolar. Durante los primeros meses del año escolar 2016-2017 se ha repetido la historia: el Programa Alimentario Escolar (PAE) llega con intermitencia a las escuelas, semanalmente el programa falla al menos una o dos veces como mínimo. Las maestras de las escuelas indígenas de Bolívar siguen contando que en los días en los que no hay comida que ofrecer, el ausentismo escolar se dispara dejando los salones con apenas la mitad de sus estudiantes o menos en algunos casos.

Situación de la Salud Indígena en el Estado Bolívar

algunas comunidades ya no se obtienen los alimentos por medio de los conucos porque son obligados a desplazarse constantemente por la propagación de la minería ilegal en sus tierras, que son también tomadas por grupos armados. Esta situación se puede apreciar sobretodo más al sur del estado, en el municipio Gran Sabana, donde la fiebre del oro y el diamante ha hecho mella entre las comunidades indígenas.

Otra denuncia que se relaciona con el funcionamiento del sistema educativo es, el abandono e incomunicación que viven los habitantes del pueblo Kariña de la Mata de Tapaquire. En la escuela "La Mata de Tapaquire" es insuficiente la cantidad de aulas existentes el 20% de los alumnos no cuentan con un aula para ver clases y las maestras tienen que ingeniárselas para poder trabajar, esto aunado a que como la comunidad no cuenta con sistema de agua potable por tuberías. Situación que incide directamente en una alta tasa de inasistencia semanal escolar, por razones de enfermedad de los alumnos (as) especialmente por cuadros diarreicos. O solo por el hecho de no poder asistir por no poder preparar sus uniformes porque no cuentan con el servicio del agua en sus hogares.

En síntesis se puede decir, que en las comunidades indígenas donde existen escuelas los alumnos no cumplen el horario establecido por el Ministerio de Educación que es de Lunes a Viernes, por el contrario, se cumple el 50% o menos del horario establecido, relacionado con los siguientes factores: la falta de supervisión, decadencia de insumos para el buen desenvolvimiento y las malas condiciones de las instalaciones físicas donde funcionan las instituciones educativas, vinculante a la deserción escolar que de acuerdo a la investigación de campo oscila alrededor del 30% anual.

Desde finales de 2016 se ha evidenciado como la Infraestructura educativa en la Gran Sabana insuficiente, ya que durante los últimos 10 años se han venido graduando y creando nuevos niveles de educación en las comunidades más pobladas del Municipio Gran Sabana, pero esto no ha significado la construcción demás aulas, escuelas o laboratorios. Tal es el caso de la comunidad de Kumarakapay, carretera troncal 10, se creó una Escuela Técnica Agropecuaria que funciona en los mismos espacios donde venía funcionando la Escuela Integral Bolivariana, que a su vez inició sin contar con los laboratorios, ni número de aulas que necesitaba.

Situación de la Salud Indígena en el Estado Bolívar

Otros hallazgos relacionados al análisis del indicador de educación en este estado, apoyado en las fuentes institucionales como: Federación indígena del estado

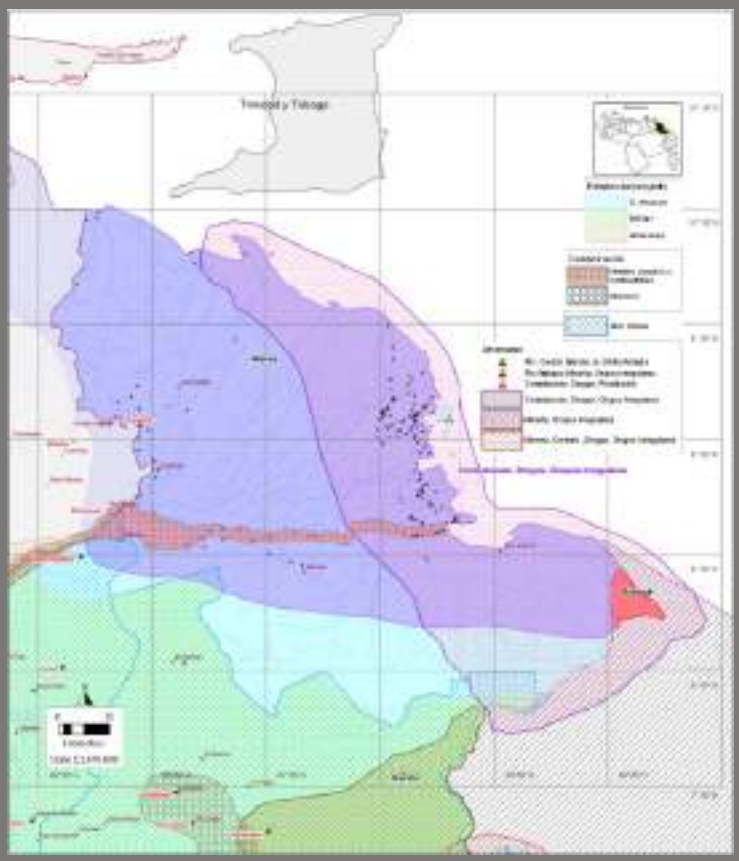
Bolívar, Organización Kuyujani (2016) y la investigación de campo, registran los siguientes datos: se estima que el 30% de las comunidades indígenas del estado Bolívar no poseen escuela. Los programas alimentarios escolares no funcionan a con regularidad y la mayoría de los niños no cuentan con el programa "Canaima Educativo".

La deserción escolar se ha convertido en uno de los problemas que se pueden considerar sensibles y complejos y que amerita un análisis que integre varios factores como: crisis alimentaria, dificultades de acceso geográfico hacia las instituciones educativas, integración a la minería ilegal como fuerza laboral, una alternativa de minimizar las condiciones económicas que viven estos pueblos.La tendencia en estas escuelas es no contar con los materiales didácticos que les facilite un mayor rendimiento académico, complementado lamentablemente por la ausencia/deterioro de los servicios básicos, como el agua, luz eléctrica, red de aguas servidas, entre otros.

Fuente: Kapé Kapé

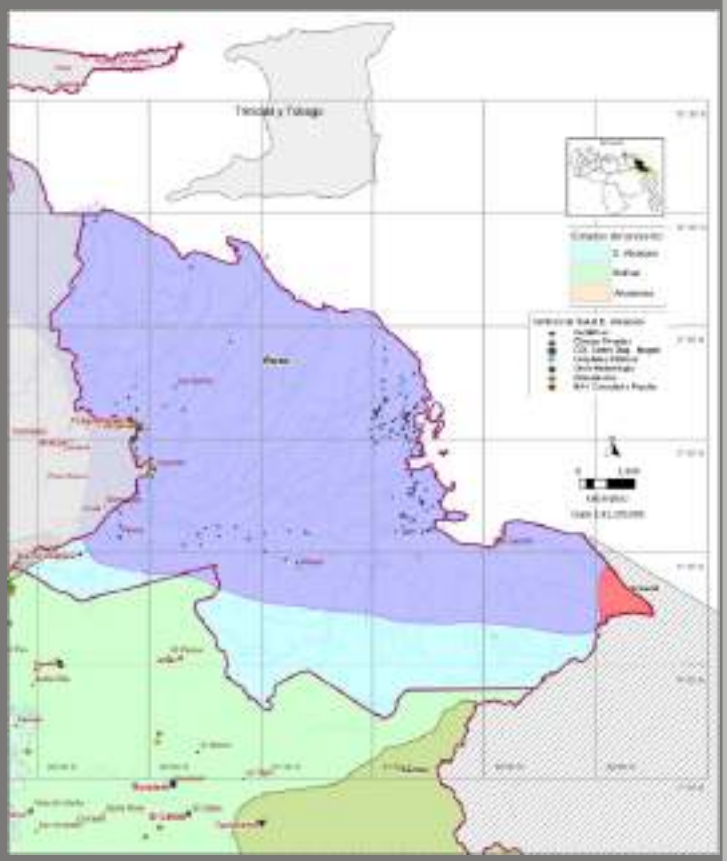
ESTADO DELTA AMACURO

UBICACIÓN RELATIVA DE PUEBLOS INDÍGENAS Y AMENAZAS QUE LOS AFECTAN



Elaborado por: Ing. Antonio Salgado. S. Junio-2017.
Elaborado para: Asociación Civil Kapé-Kapé
Fuentes múltiples: Asociación Civil Kapé-Kapé, Instituciones públicas y privadas, Ministerios, ONG's.

UBICACIÓN RELATIVA DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y CENTROS DE SALUD



Elaborado por: Ing. Antonio Salgado. S. Junio-2017.
Elaborado para: Asociación Civil Kapé-Kapé

Situación de la Salud Indígena en el Estado Delta Amacuro

1.-El Consultorio Popular. Localizado en la comunidad Yakariyene. Municipio Tucupita. Parroquia Antonio José de Sucre. Financiado por la Gobernación del Estado Amacuro. Tiene una cobertura estimada de atención de cuatro (4) comunidades: La Manga. Las Palomas. Yakarieyene. Las Malvinas, no se describe la población por cada una de estas comunidades ni la población general, pues para el momento de levantar la información no se encontraba disponible. La distancia promedio entre el recorrido entre las comunidades y el Consultorio Popular se encuentra entre una60 y 90 minutos. Cumple un horario de atención entre las 7am hasta las 7pm.

Este tipo de sistema de salud al igual que el analizado en el estado Amazonas, obedece a la nueva organización sanitaria del país. Este Consultorio Popular se ubica en la base de la pirámide de la organización sanitaria es decir, el primer nivel de atención en salud, donde coexiste con la organización convencional sanitaria, como Ambulatorios Rurales Tipo I (con el Programa de Medicina Simplificada). Ambulatorios Rurales Tipo II. Ambulatorios Urbanos Tipo I y II.

Se reporta que el Ambulatorio cuenta con los siguientes programas de salud: Programa: Crecimiento y Desarrollo. Sub-Programas: Atención Infantil. Atención preescolar. Programa: Salud Sexual y Reproductiva. Subprogramas: Planificación Familiar. Atención Prenatal y Posnatal. Programa Ampliado de inmunizaciones. Sub-Programas inmunizaciones niños y adultos (sin especificar tipo de vacunas aplicadas). Programa: Enfermedades Crónicas Sub-Programas: Diabetes y Cardiovascular. Programa: Enfermedades Respiratorias. Sub-Programas: Asma y Tuberculosis (TBC). Programa: Infecciones de transmisión sexual. ITS/Sida. Salud Bucal (actividades preventivas y atención clínica básica). Programa: Promoción de la Salud. Programa: Prevención y control de enfermedades endémicas: (Malaria. Dengue. Leishmaniasis, otras)Programas de prevención y control de enfermedades dermatológicas. De acuerdo al entrevistado en el Consultorio se reporta las primeras causas de Morbilidad: Hipertensión. Asma Bronquial. Diabetes, Paludismo y Dengue.

https://noticiariove.wordpress.com

Situación de la Salud Indígena en el Estado Delta Amacuro

En relación a la identificación de las Organizaciones Sociales en la comunidad se mencionan: Consejos Comunales. Comités de Salud y Grupos Culturales. Como elemento constante durante el análisis de otros Ambulatorios, se sugiere que estas organizaciones se les motiven y capacite para formar una red de aliados estratégicos de fortalecimiento a la gestión del Ambulatorio.

El análisis de la capacidad resolutiva de salud en este Consultorio Popular presenta algunas dificultades técnicas para su medición debido a la inconsistencia de los criterios básicos de este principio. Por una parte, no se dispone del dato poblacional general del área de influencia a este sistema, aspecto estratégico de medición de la cobertura de atención y su relación con el funcionamiento e impacto de los programas de salud que oferta. Se registra la conformación de un equipo de salud por: un médico general integral, cuatro enfermeros, y un odontólogo (sin especificar el tipo de actividades que desarrolla), todos con tiempo completo de disponibilidad de atención en el Ambulatorio y apoyados por diez (10) personas con funciones del mantenimiento del establecimiento de salud. Equipo que luce de entrada como suficiente de acuerdo al nivel de complejidad de funciones estimada para este tipo de sistema sanitario, donde el énfasis es la promoción en salud, la prevención de las enfermedades sustentado en estrategias de vigilancia epidemiológica.

En contraste se registra el déficit de recursos/insumos/equipos de apoyo a la atención en salud y una infraestructura sanitaria en deterioro, que ha sido reportada a las instituciones del estado, quienes han prometido demolerlo para la construcción de una nueva infraestructura, pero aún no se ha concretado esta promesa. En consecuencia, la lectura de cada uno de los factores analizados en forma integral, conforman el principio de la capacidad resolutiva de atención en salud a la población desagregada por ciclos de vida y género y a la satisfacción de sus necesidades/demandas particulares en forma pertinente, situación que no se cumple en este Ambulatorio.

2.-Establecimiento de Salud: Consultorio Popular Tipo II Curiapo. Hasta el año 2006 funcionaba como Ambulatorio Rural Tipo II, momento que se crea esta nueva figura organizacional. Se encuentra localizado en el Municipio Antonio Díaz. Parroquia Curiapo. Comunidad Curiapo. Financiado por la Gobernación del Estado y la Alcaldía.
La Cobertura estimada de atención doce comunidades, a saber: Cangrejito. Jobure. Caiguire. Jonaida. Bella Vista. Babejana. Arature. Orocoima. Paloma del Toro. Manoa. Las Margaritas. Ibaruma.

Fuente: Kapé Kapé

Situación de la Salud Indígena en el Estado Delta Amacuro

La distancia promedio entre el Ambulatorio y las comunidades de acuerdo al registro se ubican entre el rango de 40 minutos a dos horas de recorrido. No se registra el dato poblacional ni por sectores ni en forma general.

Al igual que el Ambulatorio analizado anteriormente, ha cambiado a la nueva organización sanitaria del país y cuenta con un equipo de salud conformado por dos(2) médicos generales pasantes y tres auxiliares de enfermería, con un horario de atención: de lunes a viernes. Ahora bien, lo importante es analizar si este cambio ha generado resultados satisfactorios a la luz de las necesidades/demandas de la población. Llama la atención que se ha creado muy cerca un Centro de Diagnostico Integral (CDI), administrado por personal de salud de origen cubano, a dónde acude regularmente la población a recibir atención médica, pues se cuenta con mejores condiciones de dotación de insumos, equipos médicos, infraestructura y comodidad. Situación que genera algunas reflexiones en torno a los criterios técnicos que sustenta la creación de este nuevo establecimiento de salud en una comunidad donde ya existe uno con los parámetros de gestión del nuevo modelo sanitario, ¿se realizó una evaluación del funcionamiento de este establecimiento?¿Se realizó una exploración con los pobladores de la zona para recoger sus experiencias y opiniones del funcionamiento del sistema de salud?, información base como referentes para tomar esta decisión, solamente refleja severas debilidades de las políticas públicas de salud, pues el enfoque no es duplicar organizaciones lo responsable es facilitar una atención de salud de calidad a la población.

Se articula a esta realidad deficiencias de los recursos y equipos tecnológicos que existen en el establecimiento de salud como apoyo a la atención en salud a la población, esta conclusión se sustenta en la observación directa del investigador de campo y a los datos proporcionados por el entrevistado. En estos casos, es difícil que el entrevistador pueda realizar un inventario de bienes detallado, pues las políticas del establecimiento de salud no lo permiten.

Los tipos de programas de salud existentes en el Ambulatorio: Programa de Crecimiento y Desarrollo. Sub-Programas: Infantil (Desde hace un año no se capacita al personal, por falta de recursos financieros). Preescolar. Adolescentes. Escolares. Programa Salud Sexual y reproductiva. Sub-Programas: Ginecología. Prenatal. Posnatal. Programa Ampliado de inmunizaciones. Sub-Programas. Inmunizaciones niños.

Situación de la Salud Indígena en el Estado Delta Amacuro

Entre las primeras causas de Morbilidad reportadas: Diarrea, Escabiosis, Infecciones Respiratorias, Vómitos, Fiebre. Paludismo. Meningitis. No se indica el número de afectados.

Primeras causas de Mortalidad registradas: Diarreas. Deshidratación. Infarto. Paludismo

Alianzas Estratégicas: Universidades (no se identifica cuál o cuáles). En cuanto a la identificación de las Organizaciones Sociales en la comunidad: Consejos Comunales y Comités de Salud.

El análisis de la capacidad resolutiva de atención en salud a la población de influencia de este Consultorio Popular, tiene la misma orientación que el Ambulatorio revisado anteriormente, presenta un escenario complejo en cuanto a las debilidades del funcionamiento de los criterios que integra este principio, en función a la naturaleza y pertinencia del tipo de sistema de salud.

En consecuencia, iniciemos con la revisión de la densidad poblacional de beneficiarios estimados de este Consultorio, solamente se registra el listado de comunidades, pero no se presenta el dato clave del tamaño poblacional, constituyendo una debilidad para establecer el análisis de cobertura de atención. Seguido por el tipo de recursos humanos disponibles, se presenta dos médicos generales pasantes, se infiere que están cumpliendo el artículo 8, situación que no genera estabilidad laboral, pues solo cumplen un proceso académico que una vez finalizado salen de este centro. Tres auxiliares de enfermería, contrastado por un déficit de recursos e insumos/equipos que apoyan la gestión en salud en este Consultorio. Ante la cercanía física del CDI, que se encuentra en mejores condiciones de dotación, según lo reportado la población emigra hacia el mismo.

Este comportamiento de cada uno de estos criterios evidencia un panorama que hace inferir, que no existe una capacidad resolutiva de atención en salud a la población satisfactoria.Programas. Inmunizaciones niños.

3.-Establecimiento de Salud: Ambulatorio Rural Tipo II. Luis Gómez de Nabasanuka. Municipio Antonio Díaz. Parroquia Manuel Renauld. Centro Poblado: Nabasanuka. Sector/comunidad: Nabasanuka. Financiado por el Ministerio Popular para la Salud. Distancia (tiempo) Promedio entre el Establecimiento de Salud y las Comunidades que atiende: Barranquita 1 hora. Mariusa 6 horas. La cobertura de atención del Ambulatorio es de un área de influencia de diez y seis (16) comunidades con un total de población de 8.500 habitantes, desagregadas de la siguiente manera:

Fuente: Kapé Kapé

Situación de la Salud Indígena en el Estado Delta Amacuro

Mujabaina 150 habitantes. Korokoina150 habitantes. Manacal 150 habitantes. Kayanaju.180 habitantes. Yorinanoko 150 habitantes. Musimurina.220 habitantes. Araguabisis. 1500 habitantes. Dijarukabanoko 180 habitantes. Siaguani 800 habitantes. Barranquita 120 habitantes. Kuarejoro600 habitantes. Juaneida 450 habitantes. Winikina 1600 habitantes. Janakojobaro 300 habitantes. Morichito 350 habitantes. Mariusa 1600 habitantes.

Este Ambulatorio fue creado en la década de los sesenta, su primera enfermera fue Florencia Rodríguez, quien empezó laborando en forma voluntaria como partera y luego fue nombrada como enfermera por el Ministerio de Salud. En esta década, la comunidad construyó una infraestructura apoyado por un médico voluntario, el Dr. Herbic Ergot, con un buen proyecto que no pudo culminar por un accidente aéreo donde murió.

Se registra que el Ambulatorio cuenta con dos médicos generales pasantes y 24 auxiliares de enfermería y prestan un horario Integral que comprende 24 horas todos los días de la semana hábiles incluyendo los fines de semana con Enfermeras de Guardia.
Los tipos de programas que ofrece este Ambulatorio: Programa: Crecimiento y Desarrollo: Sub-Programas: Infantil y Prenatal Programa Ampliado de inmunizaciones. Sub-programas: Inmunizaciones niños y adultos. Programa: Enfermedades respiratorias: Sub-Programas: Asma.TBC. Programa: Infecciones de transmisión sexual. Sub-Programas ITS/SIDA
Entre las primeras causas de morbilidad, se registra por primera vez en esta investigación, los daños y brujerías asociados a la presencia de alguna enfermedad y que afecta a toda la población, situación vinculada a los códigos culturales, mágico/religiosos presentes en estas comunidades. Las diarreas, vómitos y enfermedades respiratorias tienen incidencia en niños y adultos.

Primeras causas de Mortalidad: este registro integra como causa de mortalidad a niños y adultos los daños y brujerías, aspecto que se enmarca en las creencias culturales de los pueblos indígenas. Deshidracion, afecta a la población infantil. La angina de pecho afecta a la población adulta.

En relación a la dotación de insumos/equipos es considerada como: insuficiente y una política de mantenimiento de quipo muy irregular. La base de sustentación de esta información son los datos proporcionados por el entrevistado en el establecimiento de salud, la misma no tiene un mecanismo de verificación a través de la realización de un inventario físico de bienes, pues las políticas internas de este sistema sanitario no lo permite.

Situación de la Salud Indígena en el Estado Delta Amacuro

Las Organizaciones Sociales identificadas en el estudio: Consejos Comunales en fase de formación
Grupos Religiosos, deportivos y culturales en fase de consolidación e igualmente, se registra las Alianzas Estratégicas con Universidades.

La capacidad resolutiva de atención en salud de este Ambulatorio se puede definir como deficiente, si se analiza desde la perspectiva de la cobertura de población estimada en atender de acuerdo a la capacidad estimada de oferta de este tipo de Ambulatorio Rural II, y el funcionamiento de cada uno de los criterios que soportan la capacidad resolutiva. En cuanto al equipo de salud presenta un número significativo de enfermería y dos médicos generales-pasantes, no es suficiente pues este tipo de Ambulatorio debe contar con una estructura de profesionales y servicios de apoyo más amplio debido a su cobertura poblacional estimada atender. En este sentido, es pertinente recomendar que exista la disponibilidad de servicios de apoyo como Bioanalisis, para facilitar el complemento del diagnóstico clínico, equipos básicos de radiología, igualmente, un servicio de odontología para la atención en la prevención y atención básica a toda la población, especialmente a la población infantil-escolar a través de programas de educación bucal y prevención de enfermedades. Articulado al tipo y pertinencia de recursos, situación que en este caso presenta un déficit, agregando el factor de accesibilidad física/geográfica de la las comunidades al Ambulatorio, donde se registra recorridos hasta de seis (6) horas, aspecto que limita recibir una atención oportuna en salud.

4.-Establecimiento de Salud: Consultorio Médico Popular Volcán Tipo I. Municipio Tucupita. Parroquia Juan Millán. Centro Poblado Indígena Volcán Sector El Volcán. Financiado por la Gobernación del estado Delta Amacuro. El promedio de distancia entre el establecimiento de salud y las comunidades que atiende: 2 kilómetros en carro equivalente a 5 minutos. Cobertura de atención del Ambulatorio: Tiene un área de atención cuatro (4) comunidades como a continuación se describe: Los Pinos, con los siguientes Sectores: Los Pinos, Sector Volcán. Campo Florido con los siguientes Sectores: Campo Florido, Sector Volcán. Volcán con los siguientes Sectores: Volcán, Sector Volcán. Carapal de Guara con los siguientes Sectores: Carapal de Guara, Sector Volcán. No se identifica la población por sectores solo se registra la población total de 1866 habitantes.

Según el registro de la investigación de campo se obtuvo los datos asociados a la presencia de los recursos humanos que dispone el Ambulatorio, dos (2) médicos integrales, cinco (5) enfermeras, de los cuales dos son licenciados y tres auxiliares.

Situación de la Salud Indígena en el Estado Delta Amacuro

Un asistente administrativo y dos personas que cumplen funciones de mantenimiento. De origen venezolano y cubano. Cumplen un horario de 8am a 2 de la tarde.

Los tipos de programas que brinda el Ambulatorio a sus comunidades: Programa: Crecimiento y Desarrollo. Sub-Programas: Infantil. Programa: Salud Sexual y Reproductiva. Sub-Programas: Planificación Familiar.

Prenatal. Postnatal. Programa Ampliado de inmunizaciones. Sub-Programas: Inmunizaciones niños y adultos. Programa: Enfermedades crónicas: Sub-Programas: Diabetes. Cardiovascular. Programa: Enfermedades respiratorias: Sub-Programas: Asma. TBC. Programa: Infecciones Enfermedades Transmisión Sexual: ITS/Sida. Programa: Oncología: Sub-Programas: Cáncer de Cuello Uterino. Próstata. Mama. Promoción de la Salud.

Entre las primeras causas de morbilidad registrada por el médico del establecimiento de salud se describe: resfriado común, enfermedades diarreicas agudas, Escabiosis, Piodermitis, infección urinaria, vaginitis, otitis, faringitis, cefalea migrañosa. En relación al reporte de las primeras causas de mortalidad se menciona: Enfermedades del corazón, paro respiratorio, suicidio (del cual no se obtuvo mayor información) e hipertensión arterial.

Población atendida por ciclos de vida y género, este indicador es medido a partir del registro poblacional de cobertura estimada del Ambulatorio, por la población que acude a las consultas de los diferentes programas de salud y son registrados estadísticamente en el libro de control diario de Ambulatorio. A continuación los resultados que presentan un escenario heterogéneo, oscilan entre un rango de cobertura de atención del 10% en un ciclo de vida correspondiente a más de 80 años y en el género femenino, hasta un 94% de atención correspondiente al ciclo de vida entre 40 a 44 años y al género femenino. La lectura de estos resultados debe realizarse desde una mirada integral pues coexisten varios factores como: Conocimientos de la población del tipo de ofertas de programas de salud que presta el Ambulatorio. Promoción del equipo de salud de los programas de salud que ofrece. La accesibilidad cultural hacia el Ambulatorio, esto indica la confianza que tiene la población en el equipo de salud y las actividades que desarrollan. La capacidad de dotación de recursos para satisfacer las necesidades de la población en forma oportuna, entre otros.

Situación de la Salud Indígena en el Estado Delta Amacuro

Menores de 1 año. Género. Masculino 20% de atención y 14% atención femenina

1 a 4 años. Género. Femenino 74% de atención y masculina 70% Masculino

5 a 9 años. Género. Masculino. 77% de atención y femenina 77% de atención

10 a 14 años Género. Masculino 79 % de atención y femenina 91 % de atención.

15 a 19 años Género. Masculino 73% de atención y 96% de atención género femenino

20 a 24 años Género. Masculino 53% de atención y 71 %de atención género femenino

25 a 29 años. Género. Masculino 54 % de atención y 109 de atención género femenino.

30 a 34 años. Género. Masculino 31% de atención y 34% de atención femenina

35 a 39 años. Género. Masculino 26% de atención y 43% de atención género femenino.

40 44 años. Género. Masculino 93% de atención y 94% de atención género femenino

Más de 80 años. Género Masculino 24% de atención y 10% de atención género femenino.

Referente al registro de la dotación de insumos, es considerado suficiente con una periodicidad mensual, situación que contrasta con la dotación de equipos la cual es valorada como insuficiente y una política de mantenimiento de equipos poco frecuente, que está bajo la responsabilidad la Dirección de Salud Regional. Esta información no se pudo verificar a través del levantamiento de un inventario físico de bienes por parte del investigador pues las políticas administrativas del Ambulatorio no lo permiten.

El reporte de las organizaciones sociales se ubican en las siguientes: Consejos Comunales. Comités de Salud. Grupos deportivos. Agrupaciones Religiosas. Grupos Culturales, estas representan un recurso valioso como potenciales vínculos entre el Ambulatorio y las comunidades, para facilitar mensajes educativos y de prevención de las enfermedades de mayor ocurrencia en estas comunidades.

5.-Consultorio Popular Bonoina. Municipio: Antonio Díaz. Parroquia Manuel Renauld. Centro Poblado: Bonoina. Sector/Comunidad: Bonoina. Financiado por el Ministerio Popular para la Salud. La cobertura de atención del Ambulatorio: 1.000 personas en total, desagregado en seis (6) comunidades/sectores:

Situación de la Salud Indígena en el Estado Delta Amacuro

Mujabaina: 150 habitantes. Korokoina 150 habitantes. Manacal: 150 Habitantes. Kayanaju: 180 habitantes. Yorinanoko: 150 habitantes. Musimurina: 220 habitantes. El sistema de salud queda localizado en la propia comunidad; no obstante, las comunidades de Mujabaina se encuentran a una distancia de 40 minutos y Kaanaju a 1:30 min de accesibilidad geográfica al Ambulatorio.

Se registra la presencia de tres auxiliares de enfermería las cuales cumplen un horario de 7 am de la mañana hasta la 1 pm y disponible en caso de presentarse alguna emergencia que atender y si es necesario referirlos a un establecimiento de salud con mayor capacidad de respuesta.

Solamente se registra el programa de Enfermedades Respiratorias con el énfasis en actividades de educación y prevención referidas al: Asma y TBC.

El registro de las primeras causas de morbilidad indica lo siguiente: Diarrea y Vómitos niños y adultos. Deshidratación: niños. Enfermedades Respiratorias: niños.

Por otra parte, el registro de la mortalidad se expresa en: Deshidratación: Niños/niñas. Pre-infarto (término empírico) y Angina de pecho término clínico. Adultos. Registran además, los daños y brujería que afecta la población adulta e infantil, como ya se ha explicado en casos anteriores, esta causa como generadora de enfermedades y fallecimientos está estrechamente vinculada a la cosmovisión cultural, mágico-religiosa que predomina en estas poblaciones indígenas. Aspecto que forma parte del saber popular y se debe analizar con respeto en los encuentros educativos y de promoción en salud con las comunidades, una reflexión conjunta para acercar el conocimiento científico y el popular/empírico sobre la salud.

El registro de la dotación de insumos/equipos es considerada como: insuficiente y las condiciones de la infraestructura colapsada, no se registra una política de mantenimiento a los equipos del Ambulatorio. Esta información se sustenta en la observación directa del investigador de campo y a los datos proporcionados por el entrevistado en el establecimiento de salud. Situación que no se pudo verificar vía un inventario con el apoyo de una tabla de referencia de bienes materiales por las políticas internas del Ambulatorio que no lo permiten. En relación a un respaldo de registro fotográfico para el momento de la investigación el entrevistador no contaba con los recursos para realizarlo.

Fuente: Kapé Kapé

Fuente: Kapé Kapé

Situación de la Salud Indígena en el Estado Delta Amacuro

Las Organizaciones Sociales registradas se identifican como: Grupos Religiosos. Deportivos. Consolidados, recursos potenciales para el fortalecimiento de la gestión de salud local, todas potencialmente recursos para contribuir con la educación y promoción en salud en forma coordinada con el Ambulatorio.

Estos resultados de las investigaciones en los sistemas de salud del estado, son ampliados por los hallazgos de los investigadores en sus interacciones cotidianas en las comunidades, donde se han identificado situaciones críticas que confrontan estos pueblos y que vulneran sus derechos humanos, y que son canalizados ante las instituciones públicas responsables de sus soluciones.

Al menos unas 10 poblaciones waraos de la Parroquia Deltana Padre Barral, están afectadas por esta anormalidad que está por arribar a sus diez años. No tienen ambulancia. Las comunidades fluviales del estado Delta Amacuro son los sectores que menos cuentan con los servicios básicos, se trata de un submundo desde el punto de vista de la atención, y los más vulnerables son los indígenas.

La falta de ambulancia ha sido una denuncia reiterada, pero hasta ahora se mantienen estas condiciones de desatención al derecho a la salud que tienen todos los venezolanos de acuerdo a la Constitución y la Declaración Universal de los Derechos Humanos. A finales del año 2016 el Director Regional de Salud aseguró que, las comunidades waraos eran atendidas con lanchas prestadas por la Guardia Nacional y la Armada, pero esto fue desmentido por los mismos habitantes en cuestión, quienes aseguran que los militares en los caños no están equipados con botes, ni motores fuera de borda.

Por otra parte, se registran otros hallazgos como la denuncia de las muertes de niños en Jojene, en

Fotografía cortesía de Kape-Kape

Situación de la Salud Indígena en el Estado Delta Amacuro

el Parroquia Manuel Renault, donde sus habitantes denunciaron que en septiembre del 2014 murieron entre 50 y 60 niños como consecuencia de largos periodos de vómitos y diarrea, condición que se mantiene a la fecha. Estiman que la causa principal, es el consumo del agua directamente del rio.

En relación a la situación del paludismo en este estado, se reporta la muerte de 10 waraos por paludismo en la frontera con Guyana; en zona minera. Luego de reiteradas denuncias, el Director de Salud del estado Delta Amacuro, reconoció la existencia de malaria con 583 casos en el Municipio Antonio Díaz.

Según los datos de la investigación de campo, las muertes por diferentes causas por falta de atención médica oportuna".27 Aborígenes habrían muerto, según información del médico y activista de los derechos indígenas, Jesús Jiménez el cual denunció que esta cifra cuenta tan sólo las muertes ocurridas desde finales de mes de diciembre del año 2016 hasta el 31 de enero de 2017, y según declaraciones del Doctor Márquez han ocurrido 11 fallecidos por SIDA en todo el Municipio Antonio Díaz en el año 2016.

La coexistencia de la tuberculosis y el VIH/Sida especialmente en poblaciones indígenas que viven en condiciones precarias de formas de vida, producto de la ausencia de políticas públicas del estado venezolano, refleja una alerta ante las instituciones de salud a los fines de generar programas educativos, de prevención y de control en forma organizada y sostenida.

No obstante, es indispensable analizar esta problemática no solamente por la patología en sí misma, sino desde una lectura integral donde se articula la presencia de la diversidad de factores como: la invasión de los territorios originarios por la minería ilegal ocasionando la destrucción del ambiente, sus formas de producción y de organización social, impacto en el suministro de los alimentos, pues han dejado de producir y han asimilado un modelo de la transculturización alimentaria con la incorporación de productos, que en mayoría no están a su alcance por razones económicas, situación que los coloca en serias dificultades para cubrir la dieta alimentaria, observándose familias completas buscando en la basura algo que comer.

Situación que genera mucha preocupación, pues la alimentación es un elemento vital ante las amenazas de las enfermedades como la tuberculosis y el VIH/SIDA y otras.

Situación de la Salud Indígena en el Estado Delta Amacuro

Se puede seguir sumando otros factores de riesgo ante la vulnerabilidad de vida de los pueblos indígenas, como las condiciones de la salubridad del medio ambiente, disparador de un abanico de enfermedades, como las transmitidas por vectores, la malaria el dengue entre otras y las enfermedades respiratorias agudas. La inseguridad personal, falta de oportunidades de empleo en sus comunidades, debilidades en el funcionamiento del sistema de salud local y carencias de medicinas, entre otros factores, los cuales deben leerse en forma integral pues configuran un semillero que facilita la germinación de cualquier tipo de enfermedades y de conductas sociales irregulares comunitarias.

Como ya se describió la relación entre las condiciones de la pobreza y la presencia de las enfermedades de los pueblos indígenas en el Delta es realmente compleja ya que los índices de pobreza extrema van en ascenso en el segundo estado más pobre de Venezuela: Delta Amacuro. Hoy día el hogar de decenas de niños está en medio del botadero de basura de Tucupita. Su comida, su diversión y finalmente su vida, están entre la basura, la vida en la que la misma crisis venezolana los va sometiendo cada día más.

No se sabe con exactitud el número de familias waraos que viven en las adyacencias del vertedero municipal de Tucupita, pero en conversaciones sostenidas con habitantes del sector señalan que son más de 100 las personas que allí habitan.

Fotografía cortesía de Kape-Kapé

Fotografía cortesía de Kape-Kapé

Situación de la Salud Indígena en el Estado Delta Amacuro

Es preciso resaltar que garantizar el derecho a servicios como la salud es deber de los funcionarios de la entidad, en atención a un derecho humano fundamental consagrado en el artículo 24 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, y ratificado en los artículos 83 y 122 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

Las malas condiciones del sistema de salud indígena en el Delta, el cual constituye una amenaza para 320 comunidades indígenas, que viven en una situación precaria y que les hace proclive a contraer cualquier tipo de enfermedades como malaria, dengue, diarreas, complicaciones respiratorias, fiebre, desnutrición y otras enfermedades infectocontagiosas como la tuberculosis.

Según los datos que maneja la Dirección de Salud de Delta Amacuro, la entidad agrupa el 35% de los casos de paludismo, siendo el Municipio Casacoima el más afectado. En cuanto al Municipio Antonio Díaz, el cual cuenta con el 95% de población indígena, y donde funcionan 3 Módulos de salud, tipo II: el Hospital María Isabel López, CDI Curiapo y el Hospital Luis Gómez, aunque poseen infraestructuras adecuadas, no cuentan con los insumos, ni el personal médico suficientes para atender a los pacientes que reciben.

1.- Unidad Educativa Bolivariana Bonoina. Financiada por la Gobernación del Estado. Municipio Antonio Díaz. Parroquia Manuel Renauld. Centro Poblado: Bonoina Sector: Bonoina, una cobertura de matrícula primaria completa, contando con seis grados y nueve sesiones, con un total de 183 alumnos y doce (12) docentes todos nativos de la zona. Cumplen un horario de trabajo de 7 am a 12 m. El origen del personal docente se reporta como todos son nativos de la zona.

La Escuela cuenta con los siguientes Programas Sociales: Mano a la siembra. Financiado por Comunidad, MPPPE, Gobernación. Beneficia a toda la matricula, 183 alumnos.

En relación a las Actividades extracurriculares se encuentra: Actividades de siembra. Coordinado por la Comunidad Educativa. Frecuencia cada dos meses y tiene una cobertura de beneficiarios de la matricula total de la Escuela. Realizan encuentros deportivos y es coordinado por la misma Comunidad realizándose durante todo el año escolar y tiene una cobertura de beneficiarios de la matricula total de la Escuela. Cuentan con un Grupo musical o coro musical. Coordinado por el Párroco de la Comunidad Frecuencia cada seis meses y tiene una cobertura de beneficiarios de toda la comunidad.

Fuente: Cortesía Prensa el Luchador. Junio 2017

Situación de la Educación Indígena en el Estado Delta Amacuro

2.- U.E.B NABASANUKA. Municipio. Antonio Díaz Parroquia: Manuel Renauld. Centro Poblado: Nabasanuka- Sector: Nabasanuka. Financiado por la Gobernación y el Ministerio Popular para la Educación (MPPPE).Cobertura de Matricula: Primaria y Bachillerato Completo con 440 estudiantes con un turno completo y 14 docentes, desagregado de la siguiente manera: Primaria: Primer Grado: (3) secciones. 75 alumnos. Segundo Grado: (3) Secciones. 70 alumnos. Tercer Grado: (2) secciones. 50 alumnos. Cuarto Grado: (2) secciones. 45 alumnos. Quinto Grado: (2) secciones. 45 alumnos. Sexto Grado: (2) secciones. 40 alumnos. Bachillerato: Primer Año: 1 sección 25 alumnos. Segundo Año: 1 sección. 15 alumnos. Tercer año: 1 sección 30 alumnos. Cuarto Año: 1 sección 25 alumnos. Quinto Año: 1 sección 30 alumnos.

La escuela cuenta con los siguientes programas sociales: Mano a la siembra, coordinado por la Comunidad Educativa. Cada tres meses y tiene una cobertura de atención toda la matrícula de primaria y bachillerato. Huertos Productivos. Tiene una cobertura de atención toda a matricula de primaria y bachillerato. En relación a las actividades extracurriculares. Encuentros deportivos, iniciativa de la comunidad y se realiza cada año escolar; la misma tiene una cobertura de atención toda a matricula de primaria y bachillerato. Adicionalmente cuentan con un Grupo musical o coro musical, el cual es Coordinado por el Párroco de la comunidad con una frecuencia semanal y cubre toda la comunidad.

3.-Unidad Educativa Bolivariana Yakariyene. Financiado por la Gobernación del Estado Delta Amacuro. Municipio Tucupita. Parroquia Antonio José Díaz. Centro Poblado. Janokosebe. Comunidad: San Salvador. Cobertura de Matricula. Primaria Completa con un registro de 225 alumnos distribuidos de la siguiente manera: Primer Grado: 51 alumnos. Segundo Grado: 24 alumnos. Tercer Grado: 43 alumnos. Cuarto grado: 24 alumnos. Quinto Grado: 29 alumnos

Sexto Grado: 23 alumnos. Y dispone de 13 docentes, el cual está distribuido en 6 docentes de aulas, 2 en pres-escolar, 5 especialistas en el área de deporte, cultura, manos a las siembra y un coordinador pedagógico, dos (2) personal administrativo. La mayoría del personal vive cerca de la escuela (obreros), el Director vive lejos de la escuela, en carro se tarda aproximadamente una hora en llegar a la escuela.

Los programas sociales con que cuenta la Escuela: Coordinación Nacional del Programa de alimentación Escolar. Financiado por el Ministerio de Educación el cual cubre todo el año

Situación de la Educación Indígena en el Estado Delta Amacuro

y a toda la matrícula escolar. Programa Canaima. Financiado por el Ministerio de Educación y cubre todo el año a toda la matrícula escolar.

Programa de Salud. Ministerio de Educación. También funcionan los Conucos Escolares, programa Financiado por el Ministerio de Educación, el cual cubre todo el año y a toda la matrícula escolar. Los alumnos reciben la Colección Bicentenario, la cual es financiada por el Ministerio de Educación. En materia de Actividades Extracurriculares, se realizan actividades Culturales coordinadas por los propios docentes de la escuela.

4.- Unidad Educativa. Pedernales. Localizada en el Municipio Antonio Díaz. Parroquia Curiapo. Comunidad de Curiapo. Financiado por la Gobernación del Estado y el Ministerio de Educación. Cuenta con primaria completa y cubre una matrícula que presenta discrepancias, por una parte, se indica 433 alumnos y en otro aparte el cuadro desagregado por sesiones suma 234 alumnos 12Docentes. Cumplen un solo turno de 7 am a 12 m.

Tipo de programas sociales que cuenta la Escuela. Se cuenta con el programa denominado: Mano a la siembra, coordinado por la comunidad, la Gobernación y el Ministerio de Educación.

Se realizan actividades sanitarias orientadas a la prevención de algunas patologías como la pediculosis, y desparasitación.

Se complementa estos resultados con los hallazgos de las investigaciones de campo indican que la situación que presentan las escuelas en el Delta Amacuro no son nada alentadores, ya que 8 de cada10 escuelas visitadas, tienen infraestructuras deterioradas. Algunos ejemplos sirven para ilustrar la situación:

· La Escuela Unitaria de Musimurina, ubicada en la Parroquia Manuel Renauld, Municipio Antonio Díaz, tiene más de cinco años con la institución educativa derrumbada.

Fuente: Kapé Kapé

Situación de la Educación Indígena en el Estado Delta Amacuro

· La Escuela Bolivariana de las Culebritas, tiene más de dos años abandonadas por el deterioro de sus infraestructuras.

· La Escuela de Cangrejito, Municipio Antonio Díaz, una populosa comunidad en la orilla del Atlántico, las paredes y el piso de la escuela se encuentran totalmente hundida y los maestros desaparecieron desde hacen tres meses. Situación que afecta a más de 600 estudiantes waraos.· La Escuela Bolivariana 12 de Febrero, en Isla Nueva, Municipio Antonio Díaz, las escuelas, cominerías y paredes no soportan la el deterioro total de las mismas, niños sin aulas de clases y comunidades abandonadas es el balance que presenta la educación en el Delta del Orinoco.

Otras escuelas con larga tradición académica, como la Escuela Divina Pastora de Araguaimujo, con 93 años de fundada, su matrícula se debilita; los representantes denuncian la deficiencia de alimentos en el comedor y la falta de transporte que deteriora la calidad de educación.

En Curiapo, la capital del Municipio Antonio Díaz, la población escolar utiliza balsas/canoas para llegar hasta su institución educativa ante el colapso del transporte escolar, situación que afecta a más de 400 estudiantes en el sector.

Delta Amacuro presenta muchísimas desventajas en el sistema educativo. No tienen la plantilla completa de en que viven, al lugar de la escuela; y por lo cual, el proceso educativo no se lleva a cabo".

Un estudio reciente, realizado por un estudiante del Centro Gumilla en la comunidad warao Yakerawitu, Municipio Tucupita , arrojó que el 80% de los niños indígenas en edad escolar está fuera del sistema educativo, por carencia de algún implemento de vestir: calzados, pantalón o camisas.

De igual forma, Zoilo Sarabia, ex gobernador e investigador de la Universidad Territorial Deltaica, ha reiterado en varias oportunidades la presencia de 20 escuelas fantasmas en Delta Amacuro "son instituciones educativas con matrícula inexistente, con programas de nóminas alimenticias y con personal ficticio; creada para los hechos y vicios irregulares en los Caños del Delta" ha denunciado públicamente Sarabia.

Fuente: Kapé Kapé

V.-CONCLUSIONES/RECOMENDACIONES

Es fundamental iniciar este aparte tomando como referente el principio de inequidadsocial, pues es un elemento medular al hablar de los derechos humanos en una sociedad, este principio es definido por algunos autores como: la ausencia/insuficiencia de justicia social, una situación en la que no todas las personas y ciudadanos de una misma sociedad, comunidad o un país, tienen los mismos derechos en acceder a los bienes y servicios e igualmente, a las oportunidades de una vivienda, la cultura, salud y educación entre otras oportunidades. Resultando la discriminación a personas o grupos de acuerdo a su condición social.

Referente conceptual que vincula los derechos de los pueblos indígenas desde la perspectiva jurídica, los cuales nacen específicamente con la constitución de la República Bolivariana de Venezuela en el año 1999, en virtud que la relación Estado con las sociedades indígenas cambian de manera profunda a partir de la promulgación de la nueva carta magna, reconociendo los derechos de los pueblos y comunidades indígenas en el Titulo III Capítulo VIII a partir del artículo 119.

"El Estado reconocerá la existencia de los pueblos y comunidades indígenas, su organización social, política y económica, sus culturas, usos y costumbres, idiomas y religiones, así como su hábitat y derechos originarios sobre las tierras que ancestral y tradicionalmente ocupan y que son necesarias para desarrollar y garantizar sus formas de vida. Corresponderá al Ejecutivo Nacional, con la participación de los pueblos indígenas, demarcar y garantizar el derecho a la propiedad colectiva de sus tierras, las cuales serán inalienables, imprescriptibles, inembargables e intransferibles de acuerdo con lo establecido en esta Constitución y en la ley".

Si bien es cierto, existe una plataforma jurídica sustentada por diferentes leyes que garantizan los derechos humanos de los pueblos indígenas de nuestro país, necesariamente deben analizarse desde el enfoque de las políticas públicas de los derechos humanos de los pueblos/comunidades indígenas, diseñadas desde el estado venezolano, las cuales presentan un escenario algo difuso,alejadas de los principios de la Constitución Bolivariana de Venezuela, específicamente a los derechos de estos pueblos, entre ellos, la educación y la salud respetando sus formas originarias culturales y de organización socioproductiva.

Las investigaciones de campo del Observatorio evidencian la inequidad social en los pueblos indígenas, expresado en el deterioro creciente de la calidad de vida de estos pueblos traducidas en la pobreza crítica, el analfabetismo, el desempleo, invasión de sus territorios, altas tasas de morbilidad y mortalidad por causas evitables, déficit en la alimentación, grandes limitantes de acceso y utilización de los servicios por barreras geográficas, económicas y culturales.

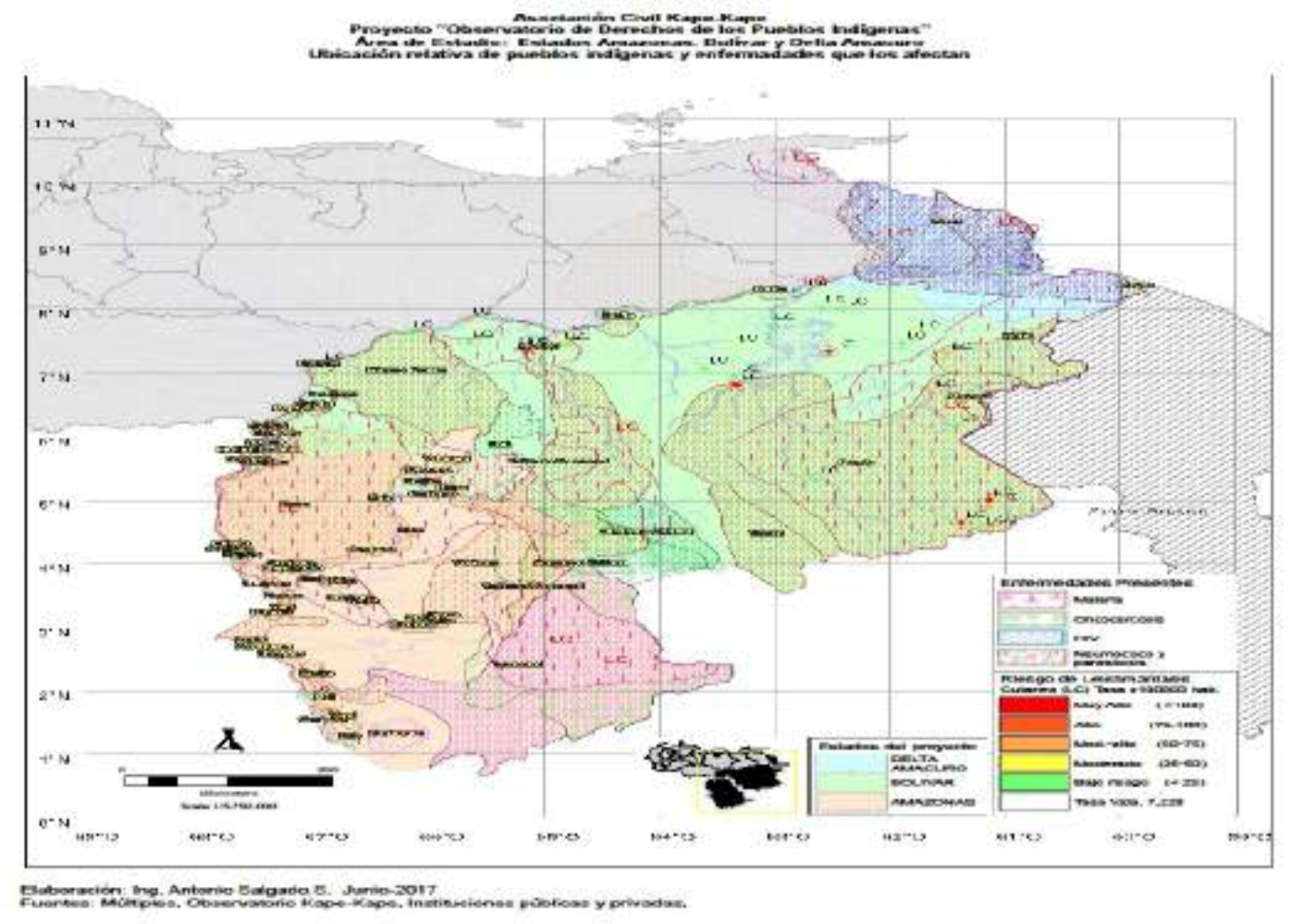
V.-CONCLUSIONES/RECOMENDACIONES

Esta realidad de inequidad social que sufren los pueblos indígenas se asocia directamente con los resultados del estudio de la pobreza crítica del país desagregado por Municipios, realizado por la Universidad Católica Andrés Bello, coordinada por el investigador Pedro Luis España (año 2017),donde se muestra el mapa de los indicadores de pobreza crítica a nivel nacional y que coinciden con el mapa geopolítico de los pueblos indígenas: Amazonas, Bolívar y Delta Amacuro. (Ver mapa). Este estudio prende las alarmas a los tomadores de políticas públicas del país por el deterioro creciente de los indicadores de los derechos humanos expresados en, las inequidades sociales y de justicia social.

En consecuencia, a partir de estos resultados generar algunas sugerencias a las instituciones públicas del estado venezolano responsables de diseñar y ejecutar las políticas públicas referidas al campo social como, la salud y educación en los pueblos indígenas a nivel nacional, valorando sus niveles de heterogeneidad y de complejidad geográfica y cultural; sustentado en el impacto del modelo económico, social y político del país. En consecuencia, se presenta cada uno de los aspectos que configuran el comportamiento de los sistemas de educación y salud en las comunidades indígenas a nivel nacional, valorando sus niveles de heterogeneidad y de complejidad geográfica y cultural; sustentado en el impacto del modelo económico, social y político del país.

En consecuencia, se presenta cada uno de los aspectos que configuran el comportamiento de los sistemas de educación y salud en las comunidades indígenas.

Se integra a esta problemática en los pueblos indígenas el registro de otras patologías asociadas a las formas de vida de pobreza crítica, producción socioeconómica, insalubridad del ambiente, hacinamiento, cambios y deterioro de los patrones alimentarios. Entre las cuales se inscriben, las enfermedades respiratorias agudas como la tuberculosis, asma, las infecciones de transmisión sexual como el VIH/SIDA y otras de transmisión por vectores como: dengue, oncocercosis y el riesgo de la presencia de la leishmaniasis. (ver mapa a continuación)



Se integra a esta problemática en los pueblos indígenas el registro de otras patologías asociadas a las formas de vida de pobreza crítica, producción socioeconómica, insalubridad del ambiente, hacinamiento, cambios y deterioro de los patrones alimentarios. Entre las cuales se inscriben, las enfermedades respiratorias agudas como la tuberculosis, asma, las infecciones de transmisión sexual como el VIH/SIDA y otras de transmisión por vectores como: dengue, oncocercosis y el riesgo de la presencia de la leishmaniasis.

En correspondencia, es urgente que el Ministerio de la Salud a través de sus instituciones ejecutoras como las Direcciones de Salud Regional y las Direcciones de Salud Ambiental, (antigua Malariologia), deben revisar las políticas de salud traducidas en programas de educación, prevención y control de enfermedades en el marco de las comunidades indígenas del país. Esto amerita una evaluación del funcionamiento del sistema de salud a partir de las siguientes sugerencias:

· Que el Ministerio de la Salud supervise cada uno de los estados y los sistemas de salud y establezca los correctivos pertinentes como: reparaciones/ampliaciones de las infraestructuras sanitarias de acuerdo a cada realidad. Dotaciones de insumos y equipos- Fortalecimiento del recurso humano para mejorar la capacidad de atención. Dotación de la logística para la realización de las salidas al campo como, el acceso a las lanchas y al combustible, prioridad en estas zonas. Revisión y actualización de los programas de educación y saneamiento del medio, como: las fumigaciones e igualmente, contar con el inventario de tratamiento para la malaria y otras enfermedades.

· Revisar las políticas de seguridad alimentaria orientadas a los pueblos indígenas como elemento estratégico en la calidad de vida de las personas; en el caso de la población en estudio existen suficientes evidencias de la gravedad del problema que repercute directamente en la cotidianidad de estos pueblos, desde el ausentismo escolar, el riesgo de ser vulnerables ante la presencia de todas las enfermedades que circulen en las comunidades, aumento de las personas buscando desperdicios de alimentos en la basura, entre otros. Por lo tanto, se recomienda a las instituciones públicas responsables de la planificación de los programas de alimentación escolar, supervisar directamente en campo la presencia y funcionamiento de estos programas por cada estado, y definir un plan de ajustes/cambios en forma sostenida.

V.-CONCLUSIONES/RECOMENDACIONES

En materia educativa, se pueden sintetizar algunas de los problemas que afectan en mayor medida a las escuelas analizadas:

· Dificultades del acceso físico en la mayoría de las poblaciones a las escuelas, vinculado a las serias deficiencias de transporte donde en muchos casos se debe realizar el recorrido hasta la escuela caminando o por vía fluvial.

· Incumplimiento de uno de los principios de la Constitución Bolivariana de Venezuela en relación a la integración del enfoque de la lengua materna de cada comunidad al diseño curricular de cada escuela. Solamente en algunos casos se ha integrado el enfoque pedagógico intercultural-bilingüe a los programas académicos, se sugiere entonces, revisar críticamente estas políticas educativas y establecer las modificaciones que sean requeridas.

· Ausencia de espacios de producción laboral local que generen empleo a las poblaciones indígenas, situación que es reflejada en una pobreza crítica, donde en muchos casos estas poblaciones deciden emigrar a buscar nuevas oportunidades de vida, como lo refiere la masiva movilización hacia los pueblos fronterizos de Brasil, o se movilizan a las grandes ciudades del país donde se convierten en mendigos de calle, sin ningún tipo de protección social.

En otros casos, donde las comunidades coinciden con las zonas de explotación minera, deciden que los niños/adolescentes se incorporen como mano de obra barata a este tipo de trabajo, lugares donde corren todo tipo de riesgos, de enfermedades, en la delincuencia, prostitución entre otros problemas. Todo esto contribuye significativamente a la deserción escolar. Se sugiere en este caso, una revisión de las políticas gubernamentales orientadas a los modelos de producción económica originaria en las comunidades indígenas, a través de estrategias de apoyo técnico y de recursos que les motive para regresar a sus tierras y retomar sus formas naturales de producción económica.

V.-CONCLUSIONES/RECOMENDACIONES

· El deterioro creciente de las condiciones de las infraestructuras educativas, o las series limitaciones en la disponibilidad de espacios físicos para cubrir las actividades académicas de manera eficiente. Se sugiere de manera urgente a los entes gubernamentales responsables de la ejecución de las políticas de infraestructuras educativas, realizar una supervisión en cada una de las escuelas de los diferentes estados y comunidades indígenas, y así elaborar conjuntamente con la población un plan operativo de remodelación/reconstrucción y si la realidad lo requiere la construcción de nuevas escuelas, que pueda satisfacer las demandas de la población escolar con sentido de pertinencia y calidad.

· Revisar las políticas de suministro de recursos didácticos y de logística a nivel nacional, desagregado por estado, municipio, parroquia y comunidades indígenas en forma oportuna, a los efectos de contribuir con el fortalecimiento del proceso académico, como las bibliotecas y su dotación, conexión a internet, accesibilidad al programa de las computadoras "Canaimitas", entre otros recursos.Se agrega además, a este cuadro de dificultad es la carencia/limitaciones de los servicios básicos: servicio de agua potable, luz eléctrica, servicio de aguas servidas, saneamiento del medio.

Fotografía cortesía de Kape-Kape

VI.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- Constitución Bolivariana de Venezuela. Año 1999

2.- Equidad Social:
lhttp://inequidadsocialsaraalvarez.blogspot.com/2009/08/definicion_20.html

3.-OMS: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs326/es/

4.- ONU: http://www.un.org/es/globalissues/indigenous/

5.- Articulo de Prensa. Diario la Verdad. 19 Enero 2017.
file:///F:/DATOS%20SAIB/DATOS/Malaria%20en%20Venezuela/Diario%20La%20Verdad%20-%20Malaria%20persiste%20en%20el%202017.html

6.- SERRON MARTINEZ, Sergio. Bilingüismo, interculturalidad y educación, las comunidades indígenas y sorda en Venezuela, una aproximación. Opción [online]. 2007, vol.23, n.53 [citado 2017-05-28], pp. 52-71.

7.- OMS/OPS. Alerta Epidemiológica Malaria 15 Febrero 2017
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12978%3A15-february-2017-malaria-epidemiological-alert&catid=2103%3Arecent-ep

8.- Red Defendamos la Epidemiología Nacional

9.- Paulo Freire. Pedagogía del Oprimido:
http://www.servicioskoinonia.org/biblioteca/general/FreirePedagogiadelOprimido.pdf

10.-Paulo Freire. La educación Liberadora:
http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/a5n26/5-26-8.pdf

11.-Freddy Marcial Ramos: DERECHO A LA EDUCACIÓN DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN VENEZUELAhttp://yuyalikgua-orink.over-blog.es/derecho-a-la-educacion-de-los-pueblos-indigenas-en-venezuela.html.