

## Enfoque epidemiológico de género en la importación/introducción de la malaria en Venezuela. Caso del Estado Aragua.

*A gender to the epidemiological study of the importation / introduction of malaria in Venezuela. A case study in the state of Aragua*

Isleidy A. Garrido Navas<sup>1</sup> & Marbella Camacaro Cuevas<sup>2</sup>

### Resumen

La investigación tiene como propósito develar la prostitución como un determinante socio-epidemiológico que posibilita el aumento de casos importados/introducidos de malaria con riesgo de endemia e instauración de casos autóctonos en Aragua. Incorporando las perspectivas de género en el área de la salud para hacer visible una problemática no abordada desde otras formas de hacer ciencia. La investigación se abordó desde una episteme feminista, siguiendo la metodología de género como categoría de análisis, desde una modalidad cualitativa. Las técnicas de recolección de datos fueron entrevistas enfocadas, obteniendo la representatividad de las sujetas de estudio por medio del punto de saturación alcanzado con 4 participantes, quienes cumplieron con los criterios de selección. La construcción de categorías de análisis de discursos quedó conformada con 5 eventos críticos: importación de la malaria: una realidad innegable, la prostitución como determinante de una endemia, el hogar primer foco de la endemia, atención primaria en salud: una urgencia en las zonas mineras y comercialización y retraso de la terapéutica: un binomio para la resistencia de la enfermedad. La investigación aporta un conocimiento teórico necesario para producir una transformación de la realidad implementándose políticas públicas que tomen en cuenta otros aspectos diferentes al modelo biologicista-sanitarista imperante en la epidemiología y las ciencias de la salud.

**Palabras clave:** trabajo sexual, calidad de vida, feminismo, malaria.

### Abstract

The objective of this study is to examine prostitution as a socio-epidemiological determinant of the increase of imported / introduced cases of malaria, leading to a greater risk of this disease becoming endemic in the state of Aragua. We incorporated a gender perspective in health areas, as a way to make visible a problem not addressed from other ways of doing science. The research was approached from a feminist episteme, following the qualitative methodology of gender as the category of analysis. The data collection techniques included focused interviews, and we secured the saturation point for study subject representativeness with four participants who met our selection criteria. Five critical events made up the discourse analysis categories: 1) importation of malaria: an undeniable reality; 2) prostitution as a determinant of an endemic disease; 3) the home as the primary focus of endemic disease; 4) primary health care: an urgency in mining areas, and 5) marketing and delay of therapeutics: binomial for the resistance of the disease. This research provides a theoretical knowledge base, necessary to produce a transformation of reality and leading to public policies that take into account other aspects of the biological-sanitary model prevalent in epidemiology and health sciences.

**Keywords:** sex work, quality of life, feminism, malaria.

<sup>1</sup> Laboratorio Regional de Tuberculosis. Estado Aragua. E-mail: [isleidygarrido562@gmail.com](mailto:isleidygarrido562@gmail.com)

<sup>2</sup> Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Sede Aragua. E-mail: [bellacarla1802@hotmail.com](mailto:bellacarla1802@hotmail.com)

## Acercamiento a la realidad

Esta investigación centró su interés en una realidad poco evidenciada pero que constituye una problemática en salud, como es la afección por malaria incorporando el enfoque de género para hacer visible la relación de la prostitución como un factor no biológico que influye en la transmisión de la malaria.

Inicialmente debemos destacar que la malaria es una infección parasitaria que afecta a la población mundial, de acuerdo con lo reportado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) para el año 2015 alrededor de 3200 millones de personas corrían riesgo de contraer la enfermedad y se estimó 198 millones de casos, siendo África, Asia y Latinoamérica los continentes más afectados.

En los reportes más recientes emitidos por la OMS se demuestra que la malaria es una problemática de salud en ascenso en países de América Latina, destacando el incremento sostenido de casos en la última década en países como Colombia, Ecuador y Perú. (OMS, OPS.2017). Venezuela no es ajena a esta problemática, observándose un incremento sostenido de casos desde el año 2010 de acuerdo a lo reportado por la OMS y los boletines epidemiológicos emitidos por el Ministerio del Poder Popular para la Salud. Para el año 2016 se registraron 240.613 casos de malaria, (MPPS, 2017) representando un 76,4 % de aumento en comparación al año anterior.

Traemos a colación las cifras antes mencionadas con la intención de resaltar que la infección por malaria es una problemática de salud pública que se encuentra en ascenso en Sudamérica, teniendo la enfermedad un mayor impacto en las poblaciones menos favorecidas, en países donde se hace claramente evidente las desigualdades sociales y las políticas de desarrollo están en proceso de instauración.

Es por ello que, la mirada desde la cual enfocamos esta investigación no fue desde los

aspectos biológicos de la transmisión y patogénesis de la malaria, como tradicionalmente ha sido abordada, investigada y analizada la temática, sino mostrar otros determinantes del proceso salud-enfermedad, entre ellos, el más obviado y silente, la prostitución. Para esto, vamos a entrelazar paso a paso los puntos críticos que se entretujan en la problemática de la malaria en el país.

La malaria puede considerarse una de las enfermedades que se encuentra estrechamente vinculada a factores socio-económicos, demográficos y culturales de la población. Así que pudiera definirse como una “enfermedad ambiental” resultante de la interacción del individuo con el medio ambiente, esto incluye un bagaje de determinantes espaciales, tal como lo plantea (Babieri, 2011) quien destaca que el reconocimiento de los medios de ocupación, el uso del medioambiente, la organización de la producción, las características de la población humana, la movilidad ocupacional, la colonización agrícola, mineral, ganadera y actividades urbanas, son factores que influyen en la prevalencia de la malaria.

Lo acotado anteriormente se expresa fehacientemente en nuestro país en zonas endémicas para malaria, siendo el estado Bolívar el que reporta un mayor número de casos de dicha enfermedad, constituyendo ésta una zona fronteriza y cuna de depósitos de oro, lo que trae consigo práctica de actividad minera. No es un secreto la asociación de la minería con la prevalencia e incidencia de malaria, no solo en la zona, sino en otras localidades no endémicas pero si albergadoras del vector. Ahora bien, lo que se encuentra solapado, o quizás un determinante que no ha sido visibilizado como un factor social y que se traduce a un problema de salud pública es la intervención de las mujeres como trabajadoras sexuales.

De modo que, la prostitución se entrelaza con la práctica de minería, muchas son las mujeres que por deprimidas condiciones de vida o coaccionada se ven en la necesidad de ofrecer servicios sexuales a cambio de oro o diamantes,

convirtiéndose en un negocio lucrativo que nace para la “atención” de los mineros. Da Silva (2012) expresa “La prostitución que se inicia en las áreas de minas es casi exclusivamente, para atender a los mineros” (p.339), por otra parte Leal (2002) plantea “El mercado de la prostitución se ha desarrollado siguiendo la misma lógica, es decir, a raíz de la migración, aumentando y disminuyendo de acuerdo al ritmo del movimiento de obras y de la minería.” (p.50). Esta actividad ha favorecido la práctica de prostitución en zonas endémicas a malaria. Aunque la prostitución propone una discusión desde muchos enfoques socio-culturales, en términos sanitarios representa un problema de salud pública.

Toda esta descripción de la realidad nos lleva a buscar en esta investigación la estrecha relación que existe entre las migraciones, la minería y la práctica de la prostitución en zonas endémicas para malaria y cómo influye la construcción género en estos determinantes posibilitando la dispersión de la enfermedad a otras entidades donde históricamente estaba controlada.

En relación al género, entendido este como una construcción social que ha moldeado históricamente las actitudes, sentimientos, valores y conductas que diferencian a mujeres y hombres, conlleva a que mujeres y hombres vivan, enfermen y mueran de forma diferente. Por tanto, incorporar la perspectiva de género está referido a pensar en la influencia no solo de factores biológicos sino de patrones culturales asignados a mujeres y hombres y su interrelación. Al respecto Gómez (1994) expresa que:

El enfoque de género no excluye pero sí desborda el ámbito de lo fisiológico para centrarse en la trama de influencias recíprocas que median entre los factores biológicos ligados al sexo, las definiciones y valoraciones que la cultura asigna diferencialmente a hombres y mujeres, y los patrones que rigen las relaciones inter e intrasexos. A través de tal óptica emerge y se visualiza, dentro de un

determinado sistema, el patrón de necesidades, roles, riesgos, responsabilidades y acceso a recursos, según el sexo. (p.3).

Por lo tanto, el enfoque de género que surge gracias a las teorías feministas han logrado evidenciar las inequidades que existen entre mujeres y hombres, producto de una sociedad patriarcal y androcéntrica, a tal punto que, organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de Salud (OPS), Organización de Naciones Unidas (ONU), entre otras, han tomado parte de esta discusión, declarando la visibilización de la problemática y promoviendo la actuación que genere un cambio.

De modo que, al introducir la perspectiva de género en áreas de la salud surge la prostitución como un problema de salud pública, que introduce en el ámbito cotidiano la propagación silente de diversas enfermedades aunado al detrimento de la salud de la persona que se prostituye, por otra parte, es la cara de una cultura patriarcal dominante en la cual la mujer es el objeto sexual que sacia la necesidad supuestamente “natural” del hombre, por lo cual la prostitución más allá de estar estigmatizada por la religión, la moral y los tabúes, pasa desapercibida como parte de un contexto socio-cultural que puede afectar el proceso de salud- enfermedad de la población.

Lo antes expuesto, nos permite realizar un acercamiento a esta realidad con el propósito de hacer visible este determinante como factor importante en la infección de malaria, destacando que las políticas públicas sanitarias hasta ahora parecen no diseñarse bajo un enfoque de género que permitan tomar en cuenta esta realidad, aun cuando se han realizado esfuerzos para tratar de disminuir las inequidades en salud entre mujeres y hombres.

### ***Precisión de la investigación***

Develar la prostitución como un determinante socio epidemiológico que posibilita el aumento de casos importados/introducidos de

malaria con riesgo de endemia e instauración de casos autóctonos en Aragón.

### **Abordaje metodológico**

Esta investigación fue abordada desde la metodología de género la cual surge de la epistemología feminista, entendiendo el género como una categoría de análisis, para Camacaro (2010) la metodología de género “plantea una problemática de relaciones de poder entre mujeres y varones, partiendo de que la mujer es subordinada en el espacio social, y esa desigualdad entre géneros no es consecuencia de hechos naturales, sino históricos. Por ello, existen posibilidades reales de cambio.” (p.119).

Por tanto la metodología de género como categoría de análisis se inscribe como el camino a recorrer para la producción del conocimiento desde la episteme feminista.

De Barbieri (2002) plantea “el proceso de investigación tiene que adecuar el problema a estudiar, la teoría desde donde pueden ser entendidos y explicado y las maneras de proceder a lo largo del desarrollo de la investigación” (pag.20), de modo que, nuestra investigación la realizamos desde la metodología de género que se nutre de la epistemología feminista, manteniendo una coherencia lógica de vinculación entre la teoría y la metodología.

Es así, como a través del enfoque de género, pretendemos abrir el camino a un conocimiento en materia de salud que devela como las interpretaciones sociales acerca del cuerpo y la sexualidad femenina aunado a las representaciones signadas a la “esencia” de las mujeres han marcado su calidad de vida y expone de manera diferente con mayor vulnerabilidad a procesos infecciosos, específicamente lo que atañe a esta investigación, cómo esas representaciones significan un factor predisponente para la prevalencia e incidencia de la malaria. Además como las relaciones sociales de sexo bajo unas relaciones de poder patriarcales son subordinadas a las leyes del mercado (en el intercambio sexual).

### **Modalidad de la investigación**

Esta investigación se realizó desde el abordaje cualitativo, asumiendo su carácter subjetivo, no neutral, dialéctico y sistemático, partiendo de la consideración que el conocimiento es el resultado de la dialéctica entre el investigador y el sujeto de estudio. El método cualitativo además, carece de la formulación de hipótesis pues no pretende demostrar teorías existentes sino generar teorías siguiendo una lógica de tipo inductivo, otras características que define al método cualitativo es que el/la investigador/a no es ajeno/a a la realidad en estudio pues este comprende la realidad a la que intenta acceder. (Martínez, 2006, Krause, 1995).

El método cualitativo se encuentra en consonancia con la esencia de los Estudios de la Mujer pues, estos parten de una perspectiva de horizontalidad, acercándose al conocimiento desde su propia realidad, identidad y circunstancia, rechazando el mito de la neutralidad. (Comesaña 2008). Es así, como nuestra investigación siguiendo un método que da respuesta a una metodología y un episteme, asume la rigurosidad metodológica para la construcción de un conocimiento asumiendo una aproximación a la realidad de forma subjetiva, no neutral, inductiva, dialéctica y sistemática.

Esta investigación inscrita en el abordaje cualitativo hizo uso del método hermenéutico y el análisis del discurso para la aproximación a la realidad a la cual pretendimos acceder, siguiendo un método consonante con la metodología y episteme en la que se basa esta investigación.

### **Procedimiento para la construcción metodológica**

#### **Técnicas participativas- entrevistas enfocadas**

La técnica de participación que utilizamos para la recolección de la información fue las entrevistas enfocadas, las cuales son consideradas según Robert Merton (citado por Ruiz & Ispizua, 1989), como un tipo de entrevistas en

profundidad. La diferencia radica en la concreción, pues se centran en un foco de interés, en una situación.

Por otra parte, van dirigidas a personas concretas, caracterizadas, escogidas previamente por haber tomado parte en esa situación o haber vivido esa experiencia.

### **Punto de saturación del conocimiento**

La representatividad de la información, está garantizada por la calidad de la misma, y el punto límite de dicha representatividad está indicado por el Punto de Saturación del Conocimiento, tal como sugiere Daniel Bertaux (1993). Dicho punto de saturación consiste en buscar que una muestra sea representativa, no en un nivel morfológico, sino en el nivel sociológico, en el nivel de las relaciones socio-estructurales.

Para ello, se realizan las entrevistas y concomitantemente se van construyendo los análisis; cuando nuevas entrevistas únicamente confirman lo que se viene construyendo, añadiendo solo ligeras variaciones individuales, se considera alcanzada la tendencia en la información recogida, siendo este el punto de saturación.

En el método cualitativo, la obtención del punto de saturación implica la sistematización del material discursivo que nos permitió la obtención de eventos vinculados con el cuerpo teórico de la investigación. La representatividad de la información en la investigación fue alcanzada con 4 participantes, aportando la información para la construcción del cuerpo teórico.

### **Construcción de eventos/núcleos críticos**

La deconstrucción de los discursos implica la comprensión del mundo tal y como la construye la propia entrevistada. Su construcción social de la realidad, la hace a partir de los elementos significativos de su experiencia personal. Acceder a esos significantes del sujeto, tiene que pasar obligatoriamente por asumir una actitud analítica diferente, donde el/la investigador/a y el/la

investigado/a entran en un proceso deconstructivo de la realidad social.

Ruiz & Ispizua (1989), explican metodológicamente como a través del relato se va elaborando la construcción personal de la situación a investigar, y sistematizan una serie de momentos para la construcción de eventos críticos o núcleos de interés, con la finalidad de ir explicando la construcción del análisis desde la teoría que soporta la investigación. Estos procesos de categorización de eventos conducen a cotejar, ordenar, discernir y establecer nexos entre las categorías jerarquizadas, para así, construir el análisis dentro y desde la teoría que soporta la investigación.

El cuerpo teórico de la investigación quedó constituido con cinco (5) eventos o nudos críticos.

### **Selección de informantes**

Las participantes fueron escogidas mediante una invitación a participar voluntariamente como informantes a mujeres que habían visitado el Estado Bolívar (zona de mayor prevalencia de malaria en Venezuela) y solicitaron el examen de Gota gruesa para el despistaje de malaria en el servicio de Laboratorio Clínico del Ambulatorio Efraín Abad, ubicado en la avenida Bolívar con calle Brión de la ciudad de Maracay- Estado Aragua.

### **Informante Clave**

La investigación contó con los aportes de un informante clave de amplia experiencia y trayectoria en estudios de malaria en Venezuela.

### **Discusión Analítica**

La discusión, análisis y hallazgos que se plasman en esta sección de la investigación se centra en visibilizar una realidad poco discutida inclusive obviada dentro de los procesos de salud-enfermedad pero que está muy presente en la sociedad y en la cotidianidad, que afecta a las mujeres y por tanto a la sociedad en general, como

es la prostitución como factor socio-epidemiológico de la malaria.

Teniendo en cuenta que la construcción cultural de género se ancla en la diferenciación sexual, las mujeres se insertan en un área laboral remunerada bajo la premisa de explotación-dominación, arrastrando los significantes que definen el ser mujer. De modo que, la prostitución encaja perfectamente en la construcción de la sexualidad entendida desde las necesidades masculinas y su dominación por el cuerpo femenino, lo que se ha traducido no solo en términos individuales de posesión del hombre sobre la mujer como parte de su propiedad dejando ver las desigualdades y jerarquización entre hombre y mujeres, sino que además propone a nivel colectivo una categoría analítica, un determinante adicional específico de un género en este caso de las mujeres que dentro de cualquier escenario social se hace necesario mirar.

Específicamente en la temática que atañe a nuestra investigación observamos que en zonas mineras, además recordamos cuna de la malaria, la división sexual del trabajo se hace evidente al existir un mayor porcentaje de hombres que trabajan la minería y las mujeres se insertan en ese mundo en labores de cuidado, quehaceres domésticos y por supuesto labores sexuales.

En la actualidad en nuestro país los movimientos migratorios transitorios a zonas mineras se han incrementado a consecuencia de la explotación del Arco Minero del Orinoco, en búsquedas de alternativas económicas favorables, actividad que según palabras del exministro de Desarrollo Minero Ecológico, Roberto Mirabal. “ofrece una amplia gama de posibilidades para incrementar el ingreso de recursos al país, en beneficio de todos los venezolanos”. (Diario el Universal, 2016) esa búsqueda de beneficio lleva a una gran población a aventurarse al sur del país, ejerce un trabajo por temporada y regresar a su lugar de residencia.

A continuación presentamos los eventos críticos de la matriz de análisis. Por normativas de extensión de la revista solo expondremos 4

eventos críticos considerados a nuestro juicio los de mayor peso en el propósito de nuestra investigación.

### ***Importación de la malaria: una realidad innegable***

Como mencionamos en líneas anteriores, el aumento de las actividades mineras tiene una estrecha vinculación con la prostitución, que posee también una dinámica migratoria transitoria de quien la ejerce, precisamente estos dos fenómenos sociales, prostitución y migración, son los que hacen de la prostitución un determinante socio-epidemiológico fundamental en la importación, introducción y posible instauración de casos autóctonos en otras regiones no endémicas de la malaria.

Para ello, traemos a la discusión los fragmentos discursivos textuales de las participantes de la investigación, quienes relatan su experiencia en relación al momento de presentar los síntomas sugerentes de la malaria:

*...Estaba en san salvador de Paul, en franco, allí estaba bastante el paludismo, todos los que venían de allá venían con él, ... yo vivía en la mina, si es que ahí fue donde agarre paludismo...por decir yo llegue en octubre ya para noviembre tenía los síntomas, un mes...vivax fue el que me dio la primera y la segunda vez... allá no me dio nada, cuando regreso es que me da el paludismo aquí.... (Entrevista 1)*

*... allá dure como un mes en las minas... me dio primero el vivax y después recaí con el falciparum... yo me vine de las minas y llegue a caracas...allá en caracas no había tratamiento... entonces me hicieron la gota gruesa allá y aquí otra vez... (Entrevista 2)*

*...me dio fiebre y escalofríos pero yo pensé que eso era por la temperatura, el clima que lo habíamos cambiado, el 26*

*de diciembre me sentía así otra vez y pensé cómo será que me dio paludismo, ... viaje el 20 de noviembre y me vine el 20 de diciembre... los síntomas me empezaron cuando llegue....me dio vivax (Entrevista 3)*  
*...Me fui a trabajar a las minas... dure tres meses....cuando llegue aquí fue que me empecé a sentir mal, como a los 15 días que llegue.... Vivax fue lo que me dio las dos veces... (Entrevista 4)*

Todos los discursos concuerdan en presentar síntomas de la enfermedad al llegar a su lugar de residencia, el estado Aragua, trayendo consigo la semilla malárica del Estado Bolívar, representando no solo la suma a la base estadística de un caso importado de malaria, sino la posibilidad de generar un caso autóctono, pues, vectores incriminados en la transmisión de malaria se encuentra presente en la entidad aragüeña.

Así lo evidencia, la caracterización ecoregional para el mosquito *Anopheles*, género trasmisor de la malaria, investigación en las que fueron asociadas a regiones piedemonte donde se inscribe las características geográficas del estado Aragua, las especies *An. albimanus*, *An. aquasalis*, *An. nuneztovari*, *An. marajoara*, *An. pseudopunctipennis*, (Osborn et al, 2004), quedando comprobada la presencia del vector para malaria en la entidad. Esta destacada investigación ha sido la referencia nacional e internacional a nivel entomológico, sin embargo, en la última década no se ha publicado investigaciones similares que den cuenta de la situación actual del vector en las regiones del país, pues los fenómenos climáticos y cambios medioambientales influyen en el aumento o disminución de estos.

Considerando la información anterior referente a la presencia de especies incriminadas como vectores de la malaria y sumando a la prostitución como un tema de controversia en el ámbito público cargado de una gran estigmatización para quien se prostituye, que propicia el silencio de las mujeres a revelar el lugar donde estuvieron que asocie sintomatología

clínica a enfermedades específicas, convierte a la prostitución en determinante que potencia el riesgo no solo individual, al existir un posible retraso en la terapéutica, complicaciones de la malaria, etc. sino también a nivel colectivo pues, posibilita la propagación de la infección en entidades no endémicas, generación de brotes y epidemias e instauración de la infección de forma autóctona.

Las acotaciones anteriores serán apoyadas por el testimonio del informante clave en nuestra investigación, quien es el Coordinador del Centro de Estudios para Malaria en Venezuela, además de contar con 30 años de experiencia investigativa en relación a la enfermedad. Al respecto señala:

*...es una nueva realidad social demográfica que es la responsable del agravamiento de la situación malárica en el país, como esa gente proviene del interior y regresa con frecuencia a su lugar habitual, a su domicilio habitual bueno con eso se lleva no solo su dinerito se lleva a la enfermedad, esa ha sido una de las causas de la dispersión de la enfermedad en todo el territorio nacional, no se salva ningún estado del país...en todo los estados del país hay anofelinos, pues yo sí creo que en estos momentos todos los estados del país tienen casos autóctonos, que fueron originalmente importados del estado Bolívar o del estado Amazonas...*

Tanto lo expresado por las participantes como las acotaciones de nuestro informante clave, evidencian que una de las causas de la diseminación de la malaria hacia zonas no endémicas está determinado por el comportamiento social del colectivo y no solo atribuidas a factores biológicos de la enfermedad, por tanto, esta debe ser entendida y afrontada por una epidemiología crítica que aporten nuevas miradas del proceso salud- enfermedad, englobando los determinantes que influyen en el evento de salud a fin de aplicar políticas, programas y medidas dirigidas a la prevención y control.

## **La prostitución como determinante de una endemia**

Para este evento crítico debemos retomar las acotaciones expuestas en líneas anteriores por nuestro informante clave, quien señaló la posibilidad de casos autóctonos en todos los estados y por supuesto la dispersión de la enfermedad a consecuencia del cambio socio-económico presente en el país, ponemos en contraste lo señalado en el boletín epidemiológico del MPPS, semana 52 del año 2016, en el cual 18 de las 24 entidades federales del país se encontraba en situación de alerta o epidemia para malaria, mostrando desde ese entonces no solo el aumento de casos importados presentes en otras zonas sino la expansión hacia otros territorios de la enfermedad.

Podemos decir que, un gran porcentaje de esa diseminación de la enfermedad se atribuye a la migración de mujeres a zonas mineras que ejercen la prostitución procedentes del interior del país, así lo reflejan los testimonios a continuación:

*...uyy si hay bastantes mujeres... de otros sitios, mientras tenga sus papeles en regla allá todo es legal... yo llegue por medio de una amiga que me hizo el contacto con el señor caracas, y ellos me llamaron, vieron mis fotos, les pareció mi cuerpo bien y me pago el pasaje y yo me fui. (Entrevista 1)*

*....no estábamos nosotras nada más ahí había más mujeres uff....conmigo había como 7 donde yo me quedaba durmiendo....una era de Caracas, otra de Valencia, de Bolívar, de varias partes...a mí me dijeron allá hay trabajo, un muchacho nos dijo que él nos iba a hacer el cuadro pero él nos llevó hasta donde agarramos la lanchita y de allí no lo vi más... (Entrevista 2)*

*....Si hay muchas, más de 100 y puras muchachas de varias partes, de todos lados, Caracas, Guárico, Bolívar... donde tu trabajas se llaman currutelas...llegue por medio de una muchacha que nos contactó*

*con un muchacho que nos dijo yo conozco las minas... (Entrevista 3)*

*.... Si habían más conmigo... de varias partes de Caracas, Valencia, Vargas... había una muchacha de Margarita... yo me fui con una amiga porque nos hicieron el contacto... (Entrevista 4)*

Los discursos antes expuestos dan sustento a las apreciaciones señaladas por nuestro informante clave acerca de la factibilidad de que existan casos autóctonos en todos los estados del país importado desde zonas mineras, a consecuencia de las migraciones transitorias con mayor relevancia en mujeres que ejercen la prostitución en estas zonas.

A través de los fragmentos discursivos expuestos anteriormente, es que podemos sustentar que un gran porcentaje de la dispersión de la malaria hacia otras zonas no endémicas ha sido introducido por mujeres que migran a ejercer la prostitución, sin embargo este no es un determinante de salud-enfermedad que cause ningún alerta dentro de la salud pública, ya que, no existe ningún dato cuantitativo mucho menos cualitativo que dispare las alarmas para poner en marcha estrategias de control y prevención.

La íntima relación que existe entre malaria, migración, minería y prostitución es innegable, dejándose ver con mayor facilidad en condiciones socio-económicas inestables, surgiendo nuevos contextos sociales, diferentes realidades a comprender.

En relación a la triada migración, minería y prostitución, Da Silva (2012) expresa lo siguiente:

La fama de las extensas áreas de minas de oro y diamante en estos países (Frontera Venezuela-Brasil) alimenta el deseo del enriquecimiento rápido y atrae diversos mineros (...) provenientes de las antiguas zonas de minas del territorio nacional. Tal migración propicia el estímulo de transportar, junto con ellos, todo el aparataje existente en



las minas, incluso para la creación de bares y casas destinadas a la prostitución. (pg. 333).

Por su parte, nuestro informante clave acota:

*... la malaria actualmente tiene un carácter epidémico, que se viene agravando desde comienzos del año 80 ...así como viene agravándose la crisis económica en el país, viene agravándose los procesos migratorios hacia las zonas minera, zonas mineras que va gente a trabajar como minero ....Y por supuesto una cantidad de jóvenes que va a ejercer la prostitución en las áreas mineras, ...hay prostibulos en las minas o en las zonas cercanas llamados currutelas....y hoy en día han proliferado esas currutelas, en una sola mina pueden haber 10, 15 currutela cada una con 10, 15, 20 jóvenes que ejercen la prostitución transitoriamente...*

Resulta claro, que la prostitución juega un papel importante en la propagación de la malaria, siendo un factor socio-epidemiológico de suma importancia capaz no solo de poner en peligro la vida de muchas mujeres, si lo vemos desde los términos más individualista de un sistema de salud, sino que potencia el riesgo de transmisión y contagio a niveles colectivos, posibilitando el desplazamiento de una enfermedad que se encontraba confinada al sur del país.

A su vez la prostitución constituyendo un determinante de salud pública particular de un género, que se encuentra a la sombra, oculto y silente cobijado por un sistema patriarcal que justifica la utilización y comercialización del cuerpo de las mujeres a favor de la sexualidad masculina.

Es por ello, que esta investigación desde la perspectiva de género hace visible lo que el poder patriarcal obvia, de modo que, es necesario romper con los paradigmas que han imperado históricamente así, como urge la incorporación del enfoque de género a las ciencias de la salud para evidenciar como las inequidades de género hacen peso y afectan de forma diferente a mujeres y

hombres. Es necesario mover, revolucionar y transformar la forma como se ha obtenido el conocimiento en materia de salud para así diseñar políticas que permitan enfrentar las enfermedades desde una perspectiva más holística, equitativa, integral y transformadora de la realidad.

### ***Atención primaria en salud: una urgencia en las zonas mineras***

En las últimas décadas Venezuela ha introducido cambios conceptuales en materia de salud en respuesta a las exigencias mundiales de concentrar esfuerzos en garantizar una vida sana y promover el bienestar de todas/os, construyendo desde esa premisa una sociedad basada en la garantía de los derechos sociales.

Por tanto, la constitución nacional promulgada en 1999 vigente hoy día, concibe a la salud como “un derecho social fundamental” obligación del Estado (art. 83), quien ejerce su rectoría a través de un sistema público nacional de salud, que se “rige por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad”.

Por tanto, esas bases conceptuales en salud a las cuales responden las políticas públicas diseñadas se enmarcan en la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la participación de comunidades organizadas, así como el fortalecimiento de los establecimientos del primer nivel de atención (Alvarado, et. al. 2008).

Sin embargo, a pesar de existir todo un contexto jurídico- estructural que debería hacer frente a evento que quebrante la salud de la población, la realidad indica que la atención primaria en salud no ha dado la cobertura a los constantes cambios de la dinámica demográfica.

Incorporando la discusión que nos compete en la investigación, el escenario que se ha gestado en torno a la explotación minera en los Estados Bolívar y Amazonas, ha llevado a la conformación de comunidades rurales improvisadas dejando a una gran población expuesta a riesgos y/o

enfermedades sin la planificación, organización y mucho menos incorporación de estrategias para la atención primaria básica de salud que haga frente a los procesos curativos. Así lo expresan los testimonios de las participantes al referirse a la atención en salud en las minas:

*... Eso no es que tienen medicaturas ahí, nada de eso. Pura tienda de ropa, tienda de gasolina.... (Entrevista 1)*

*... eso era puro monte, un montarrascal, lo que hay es donde toman ..... No hay doctores no hay nada, allá en las minas me dio paludismo... tuve 5 días en la cama tirada... me vendieron y que el tratamiento ...era una cajita blanca, pero esas eran puras letras en ingles yo no entendía nada y me las tomaba cada tres, cuatro horas me tomé como 10 y a los 6 días fue que me pare de la cama....pero eso no es el tratamiento como tal eso es para que no te den los síntomas para retrasar el proceso... (Entrevista 2)*

*... Allá no hay nada que va a haber un CDI, un doctor allá no hay nada de eso, uno compra el tratamiento y ya y si te mueres como sales, no sales de allá... allá no hay enfermeras no hay nada, hay es como bodeguitas, discotecas para que tu rumbees y puedas seducir a los hombres y puedas tener oro y así es una vida así....a mi amiga le dio allá paludismo, ella se vio mal allá, yo la bañaba la tenía que ayudar, pensé que se me iba a morir allá, yo le decía ten fuerza y todos los días le pedía a Dios.....Ella no podía caminar y allá no es que te van a ayudar... (Entrevista 3)*

*...nada de CDI o ambulatorio, bueno ni siquiera farmacias hay...lo que hay es tiendas, y sitios donde se bebe....es puro monte y como chocitas... yo vi cómo le estaba dando un paludismo a una muchacha que ya no podía sin embargo a la muchacha la sacaron en un helicóptero con una sábana amarrada hacia arriba porque no hay manera de salir de allí sino puedes caminar... (Entrevista 4)*

En los testimonios de las participantes llama la atención que no exista ningún establecimiento de atención en salud, ni personal calificado para dicha atención pero exista todo un comercio establecido para satisfacer otras “necesidades” que parecieran tener prioridad, desde nuestra reflexión necesidades concebidas desde la simbología socio-cultural.

Por otra parte surgen algunas interrogantes, si existe todo un comercio destinado al consumo y la comercialización en zonas mineras, ¿habrá algún organismo, institución o cuerpo de seguridad nacional que custodie las vías de acceso hacia las vastas zonas mineras?, y si fuera así, ¿porque solo hay acceso de productos comercializables (incluyendo mujeres) y no existan establecimientos, campamentos o brigadas dedicadas a la atención de salud en zonas mineras? Dejamos aquí estas preguntas para la reflexión.

El acceso a sistemas de salud son claves para el control, prevención y promoción de los procesos salud-enfermedad, así como se hace fundamental una atención sanitaria que tome en cuenta el impacto diferencial en salud de mujeres y hombres, así lo expresa Colomer (2007):

Los sistemas de salud deberían partir de la idea de que, aunque es un derecho, la igualdad en la oferta de servicio no asegura la equidad en el acceso y la efectividad de los mismos en toda la población por igual. Es necesario reconocer que son necesarias acciones diferentes, lo que se llama “acciones afirmativas”, pasar de la igualdad a la equidad, para atender las necesidades diversas de la población y actuar en consecuencia, si se quiere conseguir que los servicios no incrementen las desigualdades. (pág. 92).

Dentro de esta realidad descrita y en virtud de la creación de la Zona de Desarrollo Estratégico Nacional (Arco Minero del Orinoco) es importante la planificación y desarrollo de una serie de actividades que giran en torno a la población que hará vida en las zonas de

explotación minera eso incluye la planificación y ejecución de estrategias de atención integral en salud y prestación de servicios básicos a fin de lograr no solo los objetivos trazados en materia económica sino prever la aparición de otras problemáticas de impacto colectivo.

***Comercialización y retraso de la terapéutica: un binomio para la resistencia de la enfermedad.***

A raíz del elevado índice de mortalidad que se registraba en los años 30' en el país se promulga la ley de defensa contra el paludismo en gaceta oficial de los Estados Unidos de Venezuela el 11 de julio de 1936, estableciéndose como problema nacional de urgente solución.

Esta ley vigente a ochenta años después de su promulgación, reúne una serie de estrategias para frenar la problemática por malaria que existía para esa época, entre ellas destaca evaluaciones de zonas palúdicas, saneamiento de suelo, evaluación de habitantes de zonas maláricas, evaluación médica gratuita y el suministro gratuito por parte del Ejecutivo Federal (para ese entonces) de los fármacos para la población afectada.

A continuación destacamos los fragmentos discursivos de las participantes:

*...eso ya es normal allá, compran el tratamiento se lo toman y vuelven, así siguen...si llegan a parupita y hay alguien de malaria por allí que tenga el medicamento se lo compran.... siempre es comprado, no es regalado, es comprado....cada quien se atiende ahí como puede. (Entrevista 1)*

*... a mí me vendieron y que el tratamiento... pero ese tratamiento era para encubar el paludismo para que no se me disparara, así me dijo el señor que me lo vendió... (Entrevista 2)*

*... uno compra el tratamiento... pero el tratamiento te vale una cantidad que hay personas que piensan para comprarlo... (Entrevista 3)*

*.... Te venden las pastillas a una grama... cuando ya se sienten mejor no la toman más porque es muy caro.... (Entrevista 4)*

Tan cierta es la realidad de la comercialización del tratamiento en zonas mineras que una de las estrategias tomadas por el estado es la supervisión de la administración de la terapéutica en el interior del país, por ello las participantes comentan:

*...no me podían dar todas las pastillas porque varias personas habían ido y vendían el tratamiento así me dijo la epidemióloga de aquí de Turmero... la gente que trabajaba allá venía no se tomaba el tratamiento y se iba a venderlo a las minas, en Bolívar por allá... (Entrevista2)*

*.... Yo iba todos los días a tomarme las pastillas, no sé porque me repetía.... Cuando me dio la primera vez me dieron todas las pastillas de una vez.... (Entrevista 4)*

Esta medida no solo se implementa para hacer frente a la comercialización ilegal del tratamiento sino que impide la posibilidad de aparición de resistencia al fármaco producto de terapéuticas inconclusas reiteradas, circunstancia que agravaría la problemática de malaria. Así como la realidad descrita a lo largo de la investigación ha superado la estimación de prevalencia e incidencia de la malaria y dificultado la aplicación de los protocolos establecidos para la enfermedad.

Nuestro informante clave comenta al respecto:

*...En este momento hay un problema de suministro a nivel nacional se hicieron estimaciones para un número de casos y el número de casos para mí es unas 7 veces más de lo que reportaron.... si hay venta de tratamiento cuando usted tiene escasez de algo, en Venezuela que es lo que aparece, el bacheo...bueno lo mismo está ocurriendo en las zonas maláricas...la gente tiene que pagar fortuna por el tratamiento... y estamos*

*viendo resistencia al tratamiento....estamos viéndolo lamentablemente ya no es una sospecha sino que está ocurriendo...*

De modo que, el incumplimiento del esquema terapéutico así como las reinfecciones constantes conllevan a crear resistencia a los fármacos antimaláricos a las cepas de *Plasmodium* aumentando la dificultad para prevenir y controlar la enfermedad. En relación a esto Venanci & López (2016) plantean:

El aumento de poblaciones no inmune, condiciones ambientales perfectas por un vector muy efectivo y condiciones de vida precarias favorecieron la trasmisión de la enfermedad....La distribución de fármacos de dudosa calidad o en pautas subóptimas y sin un control directo favorecen la selección de cepas resistentes. Además los mineros no son trabajadores fijos, por lo cual nuevas oleadas de trabajadores van llegando e infectándose con cepas cada vez menos sensibles y regresando a sus casas portando parásitos resistentes....representando un problema mundial en la lucha y en el control de la expansión de la malaria (pág. 75)

Todo el contexto social que rodea a la situación de malaria, ha tomado dimensiones que han sido difíciles de abordar de forma efectiva, en consecuencia la aplicación de los correctivos y estrategias para hacer frente a esta problemática deben ponerse en marcha, maximizando el trabajo mancomunado entre instituciones de salud, de investigación y Estado.

## Consideración final

Nuestra investigación nació desde el firme compromiso de aportar nuevos conocimientos en las ciencias biomédicas que permitan entender y abordar los procesos de salud enfermedad desde otro enfoque, asumiendo una postura crítica no sólo como personal del área de la salud sino como investigadoras militantes del feminismo. Demostrando las profundas inequidades establecidas en el orden social por el poder patriarcal representado en todos los espacios, públicos y privados, haciendo visible las problemáticas de las mujeres que han estado ocultas, invisibles a las políticas públicas.

Tal es el caso de la temática que desarrollamos en esta investigación, la prostitución determinante social silente e invisible que afecta exclusivamente a las mujeres a término individual exponiéndolas a riesgos específicos y además potenciador de un riesgo colectivo para la infección por malaria que se convierte en un problema de salud pública.

Por tal motivo, es necesaria la ruptura de paradigmas imperantes con el propósito de diseñar políticas públicas con enfoque de género, así como aunar las investigaciones de género con abordaje cualitativo que profundicen en las problemáticas de salud de las mujeres, promoviendo modelos de atención consciente de las dimensiones de género, principalmente en la problemática de la malaria y sus determinantes sociales.

## Referencias Bibliográficas

Alvarado, C. Martínez, M. Vivas, S. Gutiérrez, N y Metzger, W. (2008). Cambio Social y Política de Salud en Venezuela. *Medicina social*. 3(2). 113-129.

Barbieri, A.F (2011). *População, saúde e uso da terra: avaliação da prevalência de malária em uma região da Amazônia brasileira.*

Seminario Brasileiro de Demografia da IUSSP. Recuperado <http://www.abep.org.br/usuario/GerenciaNavegacao.php>. Consultado: 28, mayo.2016.

Bertaux, D. (1993). *De la perspectiva de la historia de la vida a la transformación de la práctica sociológica.* En: Marinas, J. y

- Santamaría, C. La Historia Oral: Métodos y Experiencias. Editorial. Debate. Madrid.
- Camacaro, M. (2010). *La Obstetricia develada. Otra mirada desde el género*. Colección la sociedad y sus discursos. Universidad de Carabobo. Valencia- Venezuela.
- Comesaña, G (2008). *De Métodos y Filosofía Feminista. Propuestas metodológicas y conceptuales desde el feminismo latinoamericano*. Colección de textos universitarios. Ediciones del Vicerrectorado Académico. Universidad del Zulia, Venezuela.
- Colomer C. (2007). *El sexo de los indicadores y el género de las desigualdades*. Revista española de salud pública. 81(2), 91-93.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial, 36.870, Diciembre 30, 1999.
- Da Silva, R. (2012). *Las redes de prostitución y tráfico de mujeres en la Frontera Brasil-Venezuela por las Carreteras BR-174 y Troncal 10*. Espacio abierto cuaderno venezolano de sociología. 21(2), 325-343.
- De Barbieri, T (2002). *Acerca de las propuestas metodológicas feministas*. En: Batra, E. (comp.). Debates en torno a una metodología feminista. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. Programa Universitario de Estudios de Género. México.
- “Explotación del Arco Minero generará nuevos recursos al país”. (05 septiembre 2016). Diario El Universal. Documento en línea disponible: [http://www.eluniversal.com/noticias/economia/explotacion-del-arco-minero-generara-nuevos-recursos-pais\\_505345](http://www.eluniversal.com/noticias/economia/explotacion-del-arco-minero-generara-nuevos-recursos-pais_505345)
- Gómez, E. (1994). *Género, mujer y salud en las Américas*. Revista de Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, 36(2), 110-110.
- Krause, M. (1995). *La metodología cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos*. Revista Temas de Educación, 7, 19-37.
- Leal, M. L.; Leal, M. F. P. (2002) *Pesquisa sobre Tráfico de Mulheres, Crianças e Adolescentes para fins de Exploração Sexual Comercial – PESTRAF*. [Libro en línea]. Brasilia: CECRIA. Disponible en: <http://www.cecria.org.br/pub/pub.htm>. Recuperado 20 de mayo 2016.
- Ley N° 19005. *Ley de Defensa Contra el Paludismo*. Gaceta Oficial de los Estados Unidos de Venezuela. 11 julio 1936.
- Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa: síntesis conceptual. Revista de investigación psicológica. Junio, 1(9), 123-146. *Revista SCientífica*, 15(2), 16-20.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2015). *Boletín Epidemiológico*. Semana epidemiológica N° 26. 28 de junio-04 julio 2015. LIX. Venezuela.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2017). *Boletín Epidemiológico*. Semana epidemiológica N° 52. 25 al 31 diciembre 2016. LX. Venezuela.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Paludismo*. Centro de prensa. Nota descriptiva. Abril, 2016. [Documento en línea]. Disponible:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/es/>. Recuperado: 30 mayo 2016.

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. (2017) Alerta Epidemiológica: *Aumento de casos de malaria*, 15 de febrero de 2017, Washington, D.C. OPS/OMS. [Documento en línea]. Disponible: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&Itemid=270&gid=38148&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=38148&lang=es) Recuperado: 27 julio 2017.

Osborn, F. R., Rubio-Palis, Y., Herrera, M., Figuera, A., & Moreno, J. E. (2004). *Caracterización ecoregional de los*

*vectores de malaria en Venezuela*. Bol Mal Salud Amb, 44, 77-92.

Ruiz, J. Ispizua, M. (1989). *La decodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa*. Universidad de Deusto, Departamento de publicaciones. Bilbao.

Venanci, E y López, R. (2016). *Resistencia a los Antimaláricos*. Revista española Quimioter, 29 (Supl. 1), 72-75.

Fecha de recepción: 07 de marzo de 2018  
Fecha de aceptación: 11 de junio de 2018