

1

Presentación general del contexto de la investigación

Charles-Édouard de Suremain

Las investigaciones fueron realizadas en zonas rurales y urbanas de Bolivia y Perú (véase Introducción General). En este Capítulo se presentan algunos datos generales de cada una de las zonas y de sus principales características sociodemográficas. La descripción de los Centros de Salud, de las Postas Sanitarias y de los Puestos Sanitarios¹ que acompaña esta presentación, permite además situar y entender mejor el contexto de la investigación.

1. Los lugares de investigación en Bolivia

1.1 Chávez Rancho

1.1.1 Breve descripción del barrio

El barrio de Chávez Rancho (2.500 m.s.n.m.), situado a aproximadamente 4.5 km al oeste del centro de la ciudad de Cochabamba, cuenta con 37.415 habitantes, de los cuales 5.986 son niños menores de cinco años (véase Mapa 1)². La densidad

-
- 1 El equivalente de las Postas Sanitarias en Bolivia son los Puestos Sanitarios en el Perú (véase Introducción General).
 - 2 Los datos sociodemográficos de Chávez Rancho provienen de los resultados preliminares del último censo realizado en Bolivia (INE 2000).

demográfica promedio, sin tomar en cuenta las disparidades entre zonas, es algo mayor a las 8.000 personas por km².

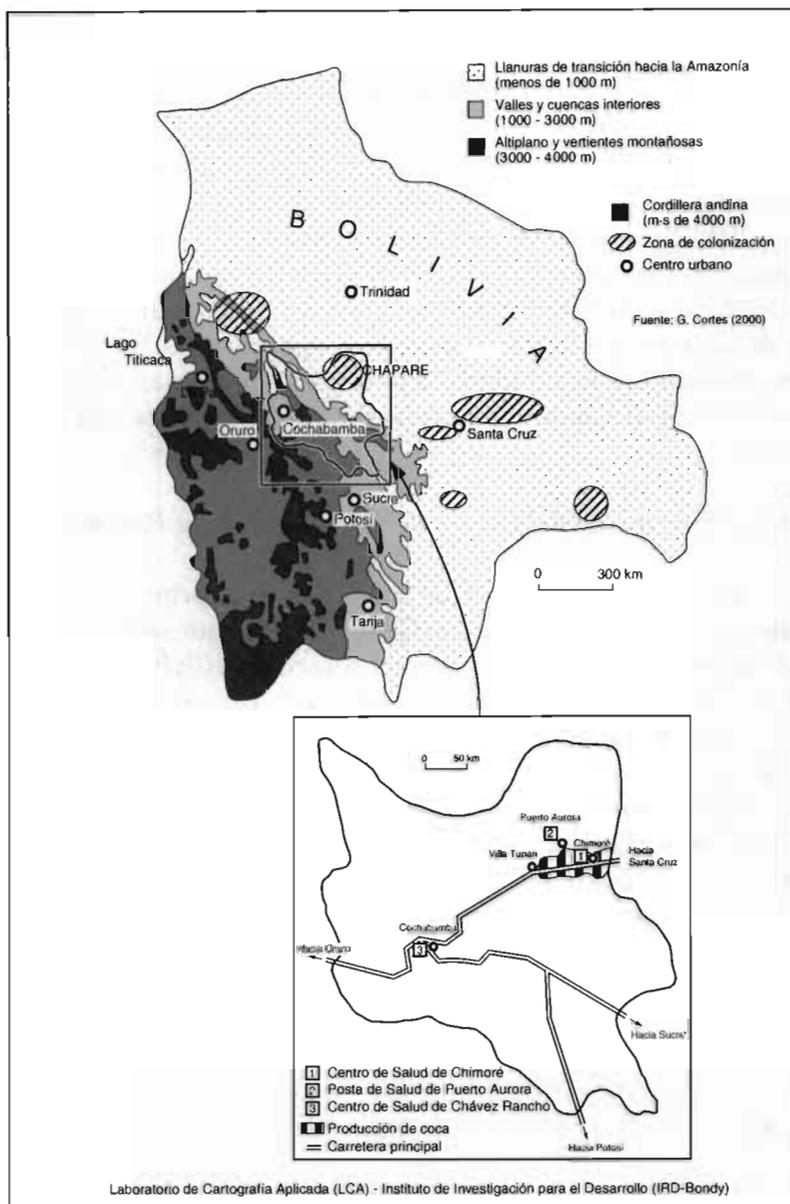
Aunque la población es de origen indígena, proveniente del Altiplano y de los Valles, presenta la particularidad de haber sido incorporada en el sector minero desde hace ya varias generaciones. Como consecuencia de la casi desaparición de este sector, en los años 70 una primera ola de migrantes se ha instalado definitivamente en Chávez Rancho y una segunda ola en 1992 (zonas de Catavi, Siglo XX, etc.)³. Pese a algunas prácticas alimentarias y terapéuticas claramente indígenas, los habitantes del barrio apenas valoran sus orígenes y tienden a presentarse como "mestizos", "urbanizados" y, en el caso de los más ancianos, como "mineros".

Según la opinión del personal local de salud, la población pertenece a las "clases populares" o a la "clase media baja" de Cochabamba, pero no puede ser considerada como "muy pobre". Estas apreciaciones pueden ser relacionadas con un ingreso mensual de 40 a 80 US\$ (Jetté & Rojas ed. 1998).

Actualmente, la mayoría de los hijos de mineros de la primera generación trabajan como carpinteros, conductores de taxi, transportistas, obreros textiles o mecánicos. Las mujeres que no se quedan en el hogar, son costureras, lavanderas o venden algunas mercancías (pilas, pasteles secos, dulces, gaseosas, cigarrillos, etc.) en pequeños puestos callejeros, sobre todo delante de las escuelas. Algunos descendientes de la segunda generación nacidos en Chávez Rancho han seguido estudios: los varones son contadores o informáticos, mientras que las muchachas son secretarias o maestras.

Aunque modestas, las casas del centro del barrio están construidas con ladrillos. Sin embargo, a medida que uno se aleja del centro, puede observar instalaciones (viviendas y ser-

3 El barrio de Chávez Rancho está dividido en varias zonas (que a veces llevan nombres de minas). La investigación fue parcialmente realizada en la zona de Juan XXIII (véase Capítulo 7 [Lefèvre & Hoérée *et al.*]), que dispone de un Centro de Salud dotado con personal temporal.



Mapa 1: Localización de las zonas de investigación e intervención (Bolivia)

vicios) más precarias y una mayor dispersión de los habitantes, los cuales se caracterizan por ser pobres, de origen campesino y de reciente instalación. En los márgenes del barrio, en los límites hacia el campo, las casas son de adobe y están rodeadas de pastizales o de pequeños sembradíos cuyo cultivo es favorecido por la ausencia de relieve.

En el conjunto del barrio, las familias frecuentemente se agrupan para compartir las viviendas, de las cuales generalmente son propietarias. En este caso, las casas están divididas (las cocinas y las habitaciones están separadas). La mayor parte del tiempo son alquiladas a parientes o prestadas temporalmente a parejas jóvenes relacionadas con la familia del propietario.

1.1.2 Descripción del Centro de Salud de Chávez Rancho

El Centro de Salud –que corresponde al primer nivel de atención (véase Introducción General)– en el que se ha realizado la investigación, se sitúa en el corazón de Chávez Rancho. Se encuentra a una cuadra de la Avenida Blanco Galindo que se convierte, algunos kilómetros más allá, en la carretera Oruro-La Paz.

El Centro, que fue inaugurado en 1993 y terminado en 1994, debe cubrir las necesidades médicas básicas de unas 32.000 almas. Se trata de un edificio rectangular construido en cemento y provisto de agua y electricidad. Seis camas están reservadas a las futuras parturientas⁴. Las infraestructuras están previstas para alojar al personal de salud, pero al ser éste insuficiente, no se justificó su instalación permanente, de tal manera que sólo la portera-guardia vive en el lugar, en una vivienda anexa.

Actualmente, el Centro dispone de dos pediatras (uno de los cuales es el Director), un ginecólogo, dos dentistas (uno interno),

4 Al concluir el Proyecto (diciembre de 2001), la decisión de acoger a parturientas todavía no había sido objeto de un consenso entre el personal de salud.

dos médicos generales “de provincia” (que cumplen con su año de titulación⁵), la jefa de enfermeras, cuatro enfermeras auxiliares (de las cuales una es además la recepcionista, responsable de la minifarmacia y “promotora de salud”), una mujer que tiene la función de portera-guardia y una responsable de la limpieza.

Exceptuando el médico general “especializado” en ginecología, que trabaja tres horas diarias, y el administrador, que trabaja ocho horas diarias, el resto del personal tiene que estar presente durante seis horas consecutivas, según la modalidad del horario continuo. Los horarios de atención son de 8.00 hrs. a 19.00 hrs. todos los días, con un cierre semanal el día domingo.

El Centro se limita a la realización de controles prenatales y a la atención curativa básica. Los partos y las emergencias se transfieren sistemáticamente a los Hospitales de referencia de la zona (Elisabeth Seton, Obrero Número 2 y Francisco Viedma), que se encuentran a aproximadamente 2 km del Centro de Salud. Éste no está equipado para los análisis clínicos (de sangre u otros). Para este efecto, los pacientes (incluidos los niños) son remitidos a los Hospitales de la zona o a veces a los laboratorios privados más cercanos. Para la compra de medicamentos, el Centro dispone de una minifarmacia (bajo la responsabilidad de una de las enfermeras). Además, asegura el abastecimiento de siete minifarmacias en el barrio.

Al igual que para la mayoría de los Centros de Salud en Bolivia, es el Estado (Ministerio de Salud) quien financia enteramente los gastos de funcionamiento, incluidos los salarios de los empleados (con excepción de la portera-guardia pagada por la Alcaldía). En el sector público boliviano, un médico general gana aproximadamente 350 US\$ por mes, es decir cinco veces más que el salario mínimo vigente. El costo de una con-

5 Entre 1992 y 2000, el “año de provincia” fue obligatorio para los estudiantes en medicina. Tenían que pasar un año en una zona rural para validar su diploma. Actualmente, esta medida ya no es vigente, lo que, a pesar de la introducción de nuevos estímulos financieros, ha provocado un déficit en el personal de los Centros de Salud más alejados.

sulta es de menos de 1 US\$. Sin embargo, las atenciones y los medicamentos son gratuitos si los padres del niño están asegurados o si éste es menor a un año y si sufre de diarrea o problemas respiratorios. Actualmente, el Centro no se beneficia de ningún tipo de apoyo para-gubernamental. En cambio, es importante señalar que existen cinco médicos de la Universidad que se ocupan de las supervisiones y ofrecen periódicamente consultas médicas.

En Chávez Rancho (véase Cuadro 1), al igual que en el resto del país, el "Programa de Promoción del Crecimiento y del Desarrollo" se basa en la utilización del Carnet de Salud Infantil (CSI), utilizado por los servicios de salud de los diferentes niveles, con el fin de asegurar actividades preventivas y curativas a favor de los niños menores de cinco años. Cuatro son las actividades principales del Programa:

- Control del crecimiento individual, teniendo en cuenta la relación peso/edad, mediante la ayuda del CSI; control a nivel de las poblaciones con el sistema de vigilancia epidemiológica y nutricional;
- Evaluación del desarrollo del niño a través de los análisis contenidos en el CSI;
- Consejos alimentarios; promoción de la lactancia materna, alimentación complementaria y alimentación adulta;
- Suplementación de micronutrientes (vitaminas A y sulfato de hierro en jarabe o en pastillas, según la edad); estos nutrientes son cubiertos por el Seguro Básico de Salud.

Cuadro 1: Cobertura realizada en Chávez Rancho (2001)

Establecimientos	< 2 años			2 a 4 años			Total Menores de 5 años			Pob. menor de 5 años	Cobertura
	Control Nuevo	Control Repetido	Total	Control Nuevo	Control Repetido	Total	Control Nuevo	Control Repetido	Total		
Centro de Salud Chávez Rancho	452	288	840	798	905	1703	1.250	1.293	2.543	4.734	26.4

Fuente: SDS (2001).

1.2 Chapare

1.2.1 Breve descripción de la región

La segunda zona de ejecución del Proyecto en Bolivia, el municipio de Chimoré (235 m.s.n.m), pertenece a la región de transición entre el piedemonte andino y la cuenca amazónica. Las precipitaciones alcanzan 6.000 mm entre los meses de enero y febrero, mientras que la temperatura varía entre los 12° en junio y los 26° en diciembre. Al igual que Chávez Rancho, se trata de una zona de migración predominantemente indígena, aunque es esencialmente rural y agraria. Los primeros colonos llegaron como consecuencia del plan de colonización dirigido por el Estado en los años 60. A partir de los años 80 se intensificaron los movimientos migratorios que estaban ligados al cultivo de la coca (Cortes 2000: 119-122):

Contrariamente a Chávez Rancho, los orígenes indígenas de la población son visibles y valorados, como lo atestiguan los nombres aymara o quechua dados a los poblados de la región, así como a determinadas actividades agrícolas. Los pobladores conservan en general el idioma y la vestimenta, sobre todo las mujeres, lo que confiere una gran originalidad al estilo de vida local. Las familias viven principalmente de la agricultura alimentaria (arroz, yuca, plátano, piña y hortalizas) y del cultivo ilícito de la hoja de coca, cada vez más arriesgado por estar sometido a una constante erradicación⁶. Localmente, los campesinos se presentan como "*colonos*" o "*cocaleros*" (productores de coca).

6 Para una descripción precisa del contexto del narcotráfico en el Chapare y su relación con los flujos migratorios, cf. Cortes (2000: 103-119). Los ingresos generados por la venta de la hoja de coca representan, según los años, entre el 50% y el 80% de los recursos monetarios familiares en Bolivia; cf. también Dory et Roux 1998.

El pueblo de Chimoré vive una verdadera explosión demográfica⁷: 951 habitantes en 1976, 9.168 en 1992 y 15.264 en el año 2000 (de los cuales 2.475 son niños menores de cinco años; véase Cuadro 2 abajo). De esta manera, la población ha aumentado en más del 2.000% en 25 años, siendo este índice uno de los más elevados del país. De la totalidad de los habitantes del municipio (aproximadamente 100.000 personas), el 19% reside en zonas urbanas y el 81% dispersado en las zonas rurales. Desde el punto de vista político-administrativo, la población se reparte en 88 sindicatos (poblados y tierras asociadas a éstos) y 12 centrales campesinas.

Los asentamientos de la región se distribuyen a lo largo de ejes principales y secundarios abiertos hacia el bosque, según el modelo denominado "tecla de piano". Las casas, de dimensiones reducidas, están generalmente construidas con materiales locales (madera y hojas de palmera) y elevadas sobre pilotes. Las más antiguas están construidas de forma contigua, mientras que las más recientes, que están más aisladas, se encuentran dispersas a lo largo de los caminos.

Solamente el 5% de la población tiene acceso directo al agua potable; las demás familias se abastecen en los pozos abiertos, las fuentes y los ríos. Chimoré cuenta con una escuela de preparación al bachillerato (en el centro urbano) y 23 pequeñas escuelas primarias. Para llegar a ellas, los niños tienen que caminar a veces varias horas desde su lugar de residencia.

En esta región, raras veces las familias cohabitan en una misma casa. Esta característica está relacionada con la modalidad de acceso a la tierra y el proceso de legalización de los títulos de propiedad (un lote entre cinco y 20 hectáreas por campesino), factor que favorece el modelo de la familia nuclear. En cambio, los parientes que continúan viviendo en el Altiplano se desplazan en gran número y por largas tempora-

7 Los datos sociodemográficos de Chimoré fueron extraídos del Plan Participativo de Desarrollo del Municipio de Chimoré (1998) y de los resultados preliminares del último censo realizado en Bolivia (INE 2000).

das al Chapare, especialmente para colaborar durante los periodos de siembra y de cosecha.

1.2.2 Descripción del Centro de Salud de Chimoré

El Centro de Salud de Chimoré se encuentra en el corazón de la aglomeración del mismo nombre, en la Avenida Abece-dario, al borde de la nueva plaza a veces llamada por los habitantes "Plaza de la Participación Popular"⁸. Mientras que el Centro es de fácil acceso para los ribereños, la población de los sindicatos y de las comunidades indígenas más alejadas sólo puede alcanzarlo tras varias horas de viaje en bote por el río (cuando éste es navegable), de caminata, de espera y luego de transporte público (principalmente taxi). En la época seca (de abril a septiembre), los habitantes de estas apartadas regiones necesitan medio día para llegar al Centro y tienen que pagar aproximadamente 3 US\$, y contar el doble de tiempo y de dinero durante la época de lluvias (de octubre a marzo).

El Centro de Salud de Chimoré es una modesta construcción de cemento. Según la enfermera (Doña Vicki), que se ocupa permanentemente de las infraestructuras, son "suficientes" a pesar de su antigüedad (1947)⁹. El Centro cuenta con agua y electricidad, y se beneficia de un servicio de alcantarillado. Al interior, un consultorio dental, un consultorio de medicina general y una sala de atención, de parto o de emergencia (comunicada con el consultorio y la cocina) se distribuyen alrededor de un espacio central que sirve al mismo tiempo de sala de espera y de oficina para la enfermera. Aquí se acoge a los pacientes. Al alcance de la mano, dos garrafas de gas permiten la refrigeración de los medicamentos básicos en un pequeño armario (este material fue donado por Médicos Sin Frontera, Ita-

8 El dinero que ha permitido la construcción de esta infraestructura proviene justamente de la aplicación de la "Ley de Participación Popular" (véase Nota 9, Introducción General).

9 "Se parece más a una Posta Sanitaria que a un Centro", afirma.

lia). El Centro dispone además de una habitación con tres camas (para las parturientas y otros pacientes) y de algunos baños. Finalmente, hay una cocina/comedor reservada al personal y tres habitaciones. El pueblo no cuenta todavía con un consultorio médico privado, ni con un laboratorio de análisis clínicos¹⁰.

En principio, el Centro de Salud de Chimoré dispone permanentemente de un médico general y de un dentista que realizan su “año de provincia”, de un interno y de dos enfermeras. Sin embargo, a causa de los frecuentes cambios de destino, el personal nunca está completo, con excepción de Doña Vicki que está permanentemente en su puesto y que es la única que habla quechua. Las consultas materno-infantiles relacionadas con las diarreas y los problemas respiratorios son gratuitas, mientras que los cuidados específicos (puntos de sutura) se cobran (aproximadamente 3 US\$). En caso de complicaciones (y luego de haber enviado un mensaje por radio), los pacientes tienen que tomar un taxi hasta los pueblos vecinos (Ibuelo, Villa Tunari, Ivirgarzama o Chipiriri), que en algunos casos se encuentran a una distancia de varias decenas de kilómetros. El médico general, que es también el Director del Centro, tiene por obligación presentar informes mensuales de actividad al equipo de gestión del Distrito. Éste reembolsa algunos medicamentos y apoya varias actividades locales (por ejemplo, campañas de vacunación de emergencia). Aunque en el pasado el Centro obtuvo algunas motos de la Cooperación Japonesa, desde hace varios años ya no recibe apoyo de programas internacionales o de Organizaciones No Gubernamentales (ONGs).

El Centro abre de lunes a sábado de horas 8.00 a 12.00 y de 14.00 a 18.00, aunque los horarios reales son mucho más

10 Al concluir el Proyecto (2001), Médicos Sin Frontera (España) hizo construir un nuevo Centro justo al lado del anterior. Actualmente, el antiguo Centro (donde se realiza la intervención) sirve de alojamiento para el personal de salud. El nuevo Centro dispone de una minifarmacia y de un laboratorio de análisis clínico. Está abierto 24 horas al día.

flexibles. Además, los pacientes encuentran regularmente las puertas cerradas durante las campañas de vacunación (que permiten al personal ganar algunas primas adicionales). Según el personal, los pacientes “*nunca son numerosos*” y la frecuentación del Centro baja considerablemente los días lunes (cuando las “*chicas*” del burdel local vienen a hacer sus controles) y en el mes de febrero (algunas semanas antes y después de las festividades de Carnaval que suponen considerables gastos).

Cuadro 2: Cobertura realizada en Chimoré (2001)

Establecimientos	< 2 años			2 a 4 años			Total Menores de 5 años			Pobla. menor de 5 años	Cobertura
	Control Nuevo	Control Repetido	Total	Control Nuevo	Control Repetido	Total	Control Nuevo	Control Repetido	Total		
Centro de Salud Chávez Rancho	270	49	319	2.034	425	2.459	2.304	474	2.778	1.306	176.4

Fuente: SDS (2001).

1.2.3 Descripción de la Posta Sanitaria de Puerto Aurora

Para los habitantes del norte del municipio¹¹ es posible recurrir a la Posta Sanitaria del pueblo de Puerto Aurora, que cuenta con 1.550 habitantes (de los cuales 256 son niños menores de cinco años; véase Cuadro 3 abajo). Situada al borde del río Chapare, esta Posta recibe también pacientes de los sindicatos más alejados, es decir, siempre y cuando el río sea navegable. Construida en 1994 y mejorada en 1997, se trata de un edificio cuadrado de construcción sencilla. Cuenta con una sala de espera, una sala de consulta, un depósito (para almacenar los medicamentos, los informes de actividad y algunos libros de medicina), una habitación para el enfermero, otra para los pacientes y los visitantes (cuatro camas), una cocina, dos baños y una ducha.

11 Es el caso de los habitantes del pueblo de Puerto Cochabamba, donde se realizó en parte esta investigación (véase Capítulo 7 [Lefèvre & Hoerée *et al.*]).

Un enfermero (Don Celio) vive en el lugar y se ocupa de la Posta cuando sus actividades agrícolas se lo permiten (especialmente fuera de las épocas de siembra y cosecha). Una joven mujer (Cristina), que tiene su casa justo al lado, le ayuda como voluntaria. Además de la moto, que fue donada por la CCH (*Community and Child Health*-Salud Comunitaria e Infantil de Estados Unidos), la Posta ha recibido el apoyo de USAID (*United States Agency for International Development*-Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional) y de OCM (Organizaciones Comunitarias Municipales) por aproximadamente 1.000 US\$ anuales. Los habitantes participan en la vida de la Posta proporcionando mano de obra cuando se requieren trabajos de construcción o de mantenimiento¹².

La Posta no tiene horarios fijos, aunque Don Celio la abre regularmente a las 7.00 hrs. antes de que la gente vaya a sus campos de cultivo ("*chacos*"), y durante la tarde, después de que hayan retornado. En principio, las consultas son gratuitas, sólo se venden algunos medicamentos. Cuando se lo llama por una emergencia, Don Celio sale en moto, a veces por media jornada. Tanto en la Posta como a domicilio, él "*hace un poco de todo*", desde los partos, pasando por los puntos de sutura, hasta las inyecciones. Su tarea es facilitada por el hecho de que el quechua es su lengua materna.

Cuadro 3: Cobertura realizada en Puerto Aurora (2001)

Establecimientos	< 2 años			2 a 4 años			Total Menores de 5 años			Pobla. menor de 5 años	Cobertura
	Control Nuevo	Control Repetido	Total	Control Nuevo	Control Repetido	Total	Control Nuevo	Control Repetido	Total		
Centro de Salud Chávez Rancho	101	369	470	46	317	363	147	686	833	412	35.7

Fuente: SDS (2001).

- 12 Aunque fue construida con la ayuda de la población local, una parte de los fondos fue donada por la UMOPAR (Unidad Móvil de Patrulla en Zona Rural), el cuerpo del ejército que se ocupa de la erradicación de la hoja de coca en la región bajo la supervisión de la DEA norteamericana (*Drug Enforcement Agency*-Agencia de Control contra las Drogas).

2. Los lugares de investigación en el Perú

2.1 Ermitaño Alto

2.1.1 Breve presentación del barrio

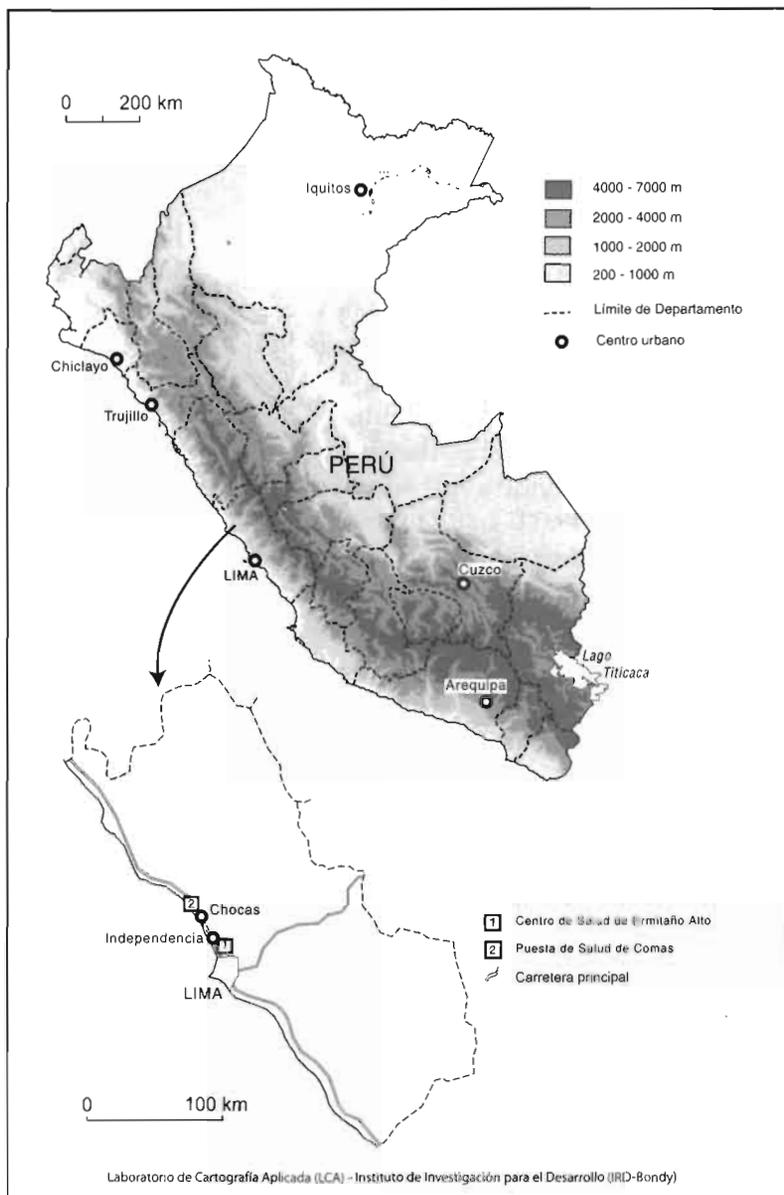
Actualmente, el barrio Independencia (o, desde 1960, el Distrito de Independencia) se extiende sobre 14.5 km² y cuenta con 193.195 habitantes (de los cuales 18.270 tienen menos de cinco años) distribuidos en 11 zonas (véase Mapa 2)¹³. Situada a 8 km al sur del centro de Lima, la zona ocupa una sucesión de colinas arenosas situadas frente al Océano Pacífico.

El barrio de Ermitaño, dividido en dos zonas, Ermitaño Alto y Bajo, se extiende sobre una de estas colinas. En su parte baja cuenta con 39.007 habitantes (de los cuales 4.106 son niños menores de cinco años). Está atravesado por un importante eje carretero (la Avenida Tupac Amaru). Se trata de la zona más antigua, donde parte de la población, proveniente de todas las regiones del país, está instalada desde hace más de 30 años. La mayoría de las calles están asfaltadas. Las casas, construidas en material, cuentan con agua potable y electricidad. Los habitantes se benefician además de la mayoría de los servicios públicos (escuelas, servicios de salud, correo, etc.), así como del transporte público.

Como consecuencia de la inestabilidad política de los últimos quince años (*Sendero Luminoso* y sucesivas represiones), varias olas migratorias han ocupado las fuertes pendientes que colindan con el barrio al este. En Ermitaño Alto, las viviendas son precarias (sin agua corriente, ni electricidad¹⁴), las callejuelas de tierra no son transitables para el transporte público y no

13 En las páginas que siguen, los datos demográficos provienen del último censo de población (INEI 2000).

14 En todo Independencia, el 20% de las viviendas tienen pisos de tierra, el 23% no están conectadas a la red de agua (el 77% tiene agua durante algunas horas por día) y el 24% no cuenta con alcantarillado.



Mapa 1: Localización de las zonas de investigación e intervención (Perú)

existen escuelas ni servicios públicos, con excepción del Centro de Salud. Ermitaño Alto cuenta actualmente con 25.576 habitantes, de los cuales 2.764 son niños menores de cinco años¹⁵.

Mientras que la mayoría de los habitantes de la parte baja del barrio trabaja en Lima, principalmente en el sector industrial, los de la parte alta tratan de sobrevivir en el sector informal (pequeños comerciantes callejeros, lavadores de vidrios, lustrabotas, vendedores de billetes de lotería, etc.).

A pesar de las diferencias socioeconómicas que existen entre ellos, son numerosos los habitantes de Ermitaño que participan activamente en una Organización de Base. Entre las más aglutinantes están los Comedores Populares, la Asociación Vaso de Leche y el Club de Madres¹⁶. A menudo impulsadas por las mujeres, constituyen un verdadero pilar social local. A través de las diversas redes de distribución en base a la ayuda mutua (alimentación, materiales escolares, préstamos de dinero, etc.), estas organizaciones contribuyeron, y siguen contribuyendo, al funcionamiento del barrio. También son importantes para hacer escuchar la voz de los habitantes ante los poderes públicos, especialmente en materia de justicia, de legalización de los títulos de propiedad, de los trabajos públicos y de la seguridad.

2.1.2 Descripción del Centro de Salud de Ermitaño Alto

El barrio de Independencia dispone de cinco Centros de Salud y de seis Puestos Sanitarios. Los dos Hospitales de referencia, Cayetano Heredia y Collique, se encuentran a pocos kilómetros, en los distritos vecinos (San Martín de Porres y Comas).

15 Entre los principales indicadores de salud para la zona tenemos: mortalidad infantil (57×1000 n.v.) y desnutrición en menores de cinco años (crónica: 20.3%, aguda: 5.2%). Las cinco causas más importantes de morbilidad son: infección respiratoria aguda, infecciones intestinales, infecciones de la piel y del tejido subcutáneo, enfermedades bucales y de glándulas salivales, y enfermedades parasitarias (MINSa 2000).

16 También se pueden mencionar los Comités de Salud, los grupos religiosos y las ONGs.

El Centro de Salud de Ermitaño Alto, construido en 1964, se encuentra en pleno centro del barrio, debajo de las colinas, a 4.5 km de la Avenida Tupac Amaru. Alrededor de un patio central y a cielo abierto se distribuyen una sala de recepción (con los archivos), una sala de espera, tres salas de consulta de medicina general, una sala específicamente reservada a la inmunidad y al seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño, un consultorio dental, una sala reservada al tratamiento de la tuberculosis, un laboratorio, una farmacia, un depósito para los alimentos y los equipos, y dos letrinas (para los pacientes y el personal).

En el Centro atienden dos médicos de 8.00 hrs. a 14.00 hrs., y por la tarde cubre las consultas un solo médico (hasta las ocho de la noche). El Centro cuenta además con un dentista, un obstetra, una trabajadora social, dos enfermeros especializados, nueve enfermeras (técnicas o auxiliares), un técnico administrativo, un estadista, un ayudante de laboratorio, un nutricionista y un responsable de la limpieza.

Las actividades de promoción del crecimiento y desarrollo del niño, establecidas por el Ministerio de Salud, consisten en tres series de controles y de consejos: (i) la evaluación del estado nutricional del niño (control peso/talla); (ii) consejos nutricionales (lactancia, alimentación complementaria y alimentación adulta); y (iii) la realización de un análisis (para los niños de cinco años) para evaluar el desarrollo psicomotor, el nivel del lenguaje y la capacidad de socialización. El Centro de Salud cubre el 70 a 80% de los niños del barrio menores de cinco.

2.2 Carabayllo

2.2.1 Breve descripción de los asentamientos (Chocas Medio, Chocas Alto y Río Seco)

El Distrito de Carabayllo, situado a unos 30 km al norte de Lima, en la parte más alejada del cono norte de la ciudad, se extiende sobre 346.86 km² y cuenta con cerca de 129.571 habi-

tantes (de los cuales 13.481 son niños menores de cinco años). El Distrito abarca ocho asentamientos. La investigación se centró en Chocas Medio, Chocas Alto y Río Seco, que agrupan a 4.941 habitantes, de los cuales 540 son niños menores de cinco años. Aunque la zona es principalmente rural, presenta algunas divergencias socioeconómicas y culturales relacionadas con su historia agraria.

Así, se puede distinguir un estrato de pequeños propietarios de tierra que viven sobre todo en Chocas Medio. Se trata principalmente de antiguos obreros permanentes y temporales que se han beneficiado de la distribución de las tierras de hacienda locales como consecuencia de la reforma agraria de 1968 (véase Capítulo 4 [Rubín de Celis & Pecho *et al.*]). Aquí se cultivan verduras y hortalizas (repollo, zanahorias, betarragas, maíz, espinaca, lechuga, tomates, nabo, vainitas, etc.). La vivienda, de forma agrupada, es la de la época (casas en adobe, sin agua ni electricidad)¹⁷. El asentamiento cuenta, sin embargo, con un acceso público al agua potable.

La población de Chocas Alto y de Río Seco, a su vez, está compuesta de migrantes recientes y de un 70% de obreros temporales indígenas (de origen quechua) y mestizos originarios de la comunidad campesina vecina de Jicamarca. Estos últimos retornan a su comunidad una vez que los trabajos de siembra y de cosecha en las pequeñas propiedades locales han concluido (al cabo de aproximadamente dos meses). Tan modestas como las anteriores, las viviendas de la zona se encuentran dispersas en el campo, alrededor de los lugares de trabajo. Los habitantes, que viven en una situación relativamente precaria en comparación con los mencionados anteriormente, obtienen el agua de algunos pozos y carecen de electricidad.

17 Las únicas casas de material noble son la de un dirigente comunal, la de unas religiosas y la de una familia de otra zona de la ciudad que, teniendo recursos económicos suficientes, eligió el lugar por el clima favorable para la salud de su hijo asmático.

2.2.2 Descripción del Puesto Sanitario de Chocas (Medio y Alto) y Río Seco

Los tres asentamientos más poblados del Distrito disponen de un Centro de Salud propio. Otros tres asentamientos, de menor importancia, se benefician cada uno de un Puesto Sanitario. En cambio, los asentamientos de Chocas (Medio y Alto) y Río Seco sólo cuentan con un Puesto Sanitario. Consecuentemente, sus habitantes se ven obligados a concurrir al Centro de referencia (El Progreso) que se encuentra a varios kilómetros, en el pueblo de Carabayllo.

El Puesto Sanitario de Chocas funciona desde 1982. Se trata de una pequeña edificación cuadrada con una sala de espera, una sala de consulta general, una sala específicamente reservada a la inmunidad, el crecimiento y el desarrollo del niño, una sala de ginecología, un depósito para los medicamentos, un espacio para las admisiones y los archivos, algunas letrinas y un cuarto de baño. El Centro no cuenta con luz eléctrica, pero está equipado de un tanque de agua.

El personal del Centro está compuesto por un médico que atiende tres veces por semana (de 8.00 hrs. a 12.00 hrs.) (los demás días de la semana ejerce en un Puesto Sanitario de la región), una enfermera especializada y dos enfermeras (técnicas o auxiliares) a tiempo completo.

Cuando un paciente visita por primera vez el Puesto Sanitario, debe pagar 0.50 US\$ por concepto de los gastos de apertura de su archivo. En lo sucesivo deberá pagar algo menos de un Dólar americano por consulta. Sin embargo, la atención (consulta y medicamentos) es gratuita en casos de tuberculosis y para las vacunas. Al igual que en Ermitaño Alto, el conjunto de los gastos de funcionamiento corre a cargo del Ministerio de Salud.

En lo que concierne a la promoción del crecimiento y desarrollo del niño, las actividades realizadas (controles y consejos) son las mismas que en Ermitaño Alto, y también en Chocas el Centro de Salud cubre el 70 al 80% de los niños menores de cinco años.

Referencias bibliográficas

ALCALDÍA DE CHIMORÉ

1998 *Plan participativo de desarrollo del Municipio de Chimoré*.
Chimoré: Alcadía de Chimoré.

SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD (SDS)

2001 *La salud en Cochabamba*. Cochabamba: Servicio Departamen-
tal de Salud.

CORTES, G.

2000 *Partir pour rester. Survie et mutation de sociétés paysannes
andines (Bolivie)*. Paris: IRD Éditions.

DORY, D. & ROUX, J.-C.

1998 "De la coca à la cocaïne: un itinéraire bolivien", *Autrepart* 8:
21-46.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE)

2000 *Resultados preliminares del censo demográfico de Bolivia 2000*.
La Paz: Instituto Nacional de Estadística.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI)

2000 *Encuesta demográfica y de salud familiar del Perú 2000*. Lima:
Casa Editorial.

JETTÉ, C. & ROJAS, R. (ed.)

1998 *Cochabamba: pobreza, género y medio ambiente*. La Paz: Centro
de Estudios y Proyectos.

MINISTERIO DE SALUD (MINSAL)

2000 *Boletín epidemiológico servicio básico de salud Comas-Documento
interno*. Lima: Ministerio de Salud.