

**CARAVANA
HUMANITARIA
POR LA **VIDA****



POR LA VIDA, EL TERRITORIO Y LA DIGNIDAD DE LOS PUEBLOS



*Caravana humanitaria por la vida
Bajo Atrato, Chocó, Colombia.
del 5 al 13 de agosto de 2019*

Textos

- Comisión de DDHH - Caravana Humanitaria
- Comisión de género - Caravana Humanitaria
- Comisión de salud - Caravana Humanitaria
- Comisión de arte y cultura - Caravana Humanitaria

Fotografía

Comisión de comunicaciones - Caravana Humanitaria

Diseño y Diagramación

Alfonso Cañón

Impresión

Kubric Publicidad

Bogotá, D.C. Colombia

Octubre 2019

E-mail: caravana@redcolombia.org

Web site: caravana.redcolombia.org

Introducción

La Caravana Humanitaria por la Vida en el Bajo Atrato se realizó del 5 al 13 de agosto del 2019, estuvo compuesta por diversas organizaciones sociales, ONGs, sindicatos, sectores religiosos, periodistas nacionales e internacionales, defensores y defensoras de derechos humanos, instituciones nacionales e internacionales, profesionales de la salud, que realizaron una misión médica, artistas e internacionalistas de 14 países, que junto con las comunidades afros e indígenas del territorio realizaron un recorrido por las Zonas Humanitarias de Las Camelias, Nueva Esperanza y Pueblo Nuevo, así como por las cuencas de los ríos Salaquí, Truandó y Chintadó.

Esta Caravana pudo verificar y constatar las difíciles condiciones en las que se encuentran las comunidades que habitan estas cuencas, las cuales están totalmente abandonadas por el Estado colombiano, fruto de esta Caravana es el Informe que a continuación les presentamos.





Informe comisión salud







“Una sociedad humana que aspira a ser justa tiene que suministrar las mismas oportunidades de ambiente físico, cultural y social a todos sus componentes. Si no lo hace, estará creando desigualdades artificiales. Son muy distintos los ambientes físicos, culturales y sociales en que nacen, por ejemplo, los niños de los ricos y los niños de los pobres en Colombia. Los primeros nacen en casas limpias, con buenos servicios, con biblioteca, con recreación y música. Los segundos nacen en tugurios, o en casas sin servicios higiénicos, en barrios sin juegos ni escuelas, ni servicios médicos. Los unos van a lujosos consultorios particulares, los otros a hacinados centros de salud. Los primeros a escuelas excelentes. Los segundos a escuelas miserables. ¿Se les está dando así, entonces, las mismas oportunidades? Todo lo contrario. Desde el momento de nacer se los está situando en condiciones desiguales e injustas”

HECTOR ABAD GOMEZ 1921 - 1987

El siguiente documento contiene el informe final de la **comisión salud** dentro de la **Caravana Humanitaria por la Vida en el Bajo Atrato, Chocó- del 05 al 13 de agosto del 2019.**

Las comunidades que se visitaron en la Caravana corresponden a los municipios del Carmen del Darién y Riosucio, que junto con Acandí, Unguía, Riosucio, Belén de Bajirá, componen el Bajo Atrato. Son comunidades que están viviendo un contexto de guerra muy fuerte, debido a los enfrentamientos entre los actores armados del conflicto (Ejército Nacional, Paramilitares y Guerrillas como Ejército de Liberación Nacional), lo que ha conllevado a que estas comunidades afrodescendientes e indígenas se encuentren en su mayoría confinadas, amenazadas, en múltiples ocasiones desplazadas y, sus líderes y lideresas asesinados, sumando 17 en esa región a los más de 300 a nivel nacional.



Por la vida, el territorio y la dignidad de los pueblos

El Bajo Atrato tiene una posición estratégica y una gran diversidad biológica, sus recursos representados en grandes cantidades de oro, madera, pesca, suelos fértiles y demás, han generado una coyuntura en donde los extremos de la riqueza para unos pocos y la pobreza para las comunidades conviven a diario, como lo pudimos constatar durante los recorridos y en el informe de Derechos Humanos.

Unido a la pobreza extrema, a la falta de institucionalidad e inversión social por parte del Estado para satisfacer las necesidades básicas de sus pobladores, se suma hoy la disputa por el control territorial de parte de las mafias del narcotráfico y las Autodefensas Gaitanistas de Colombia. (AGC), escalando la confrontación con el ELN. Dicha confrontación ha dejado en los últimos meses numerosos desplazados.

Desde la comisión salud, trabajamos un concepto de salud que va más allá de la definición oficial de la Organización Mundial de la Salud: «*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*»,¹ y que en términos actuales no se aleja del contexto de “determinantes sociales de la salud [entendidos como] las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud”², aunque se queda corto.

*La visión de **salud** que encontramos en las comunidades y con la que trabajamos en la comisión, ve a la salud como un proceso de **salud-enfermedad-cuidado** de la persona en relación con la comunidad, que determina su capacidad de jugar un papel activo en ella, de integrarse y de ser acogida, de aportar al proceso organizativo, y de resistencia. Por eso, sigue siendo pertinente, esa frase famosa del médico colombiano Héctor Abad Gómez con la que comenzamos el informe.*

Por ello, la importancia de trabajar por un concepto de salud rural intercultural propio que pueda contribuir en la construcción de los planes de vida individuales y colectivos, de organizaciones sociales, de tejido social en estas comunidades.

1 Tomado del <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>, el 19/08/2019

2 Tomado de https://www.who.int/social_determinants/es/el 19/08/2019





La comisión salud, estuvo conformada por profesionales de la salud y profesionales de las áreas de ciencias sociales, con el fin de tener una visión amplia de la situación de salud de los territorios visitados, desde la perspectiva ya nombrada, que sirviera para este informe.

1. INFORME DE SITUACIÓN EN SALUD

Los y las participantes de las diferentes comunidades, pusieron de manifiesto las deficiencias del sistema sanitario, debido a **la mala gestión de las EPS³, que funcionan como empresas privadas convirtiendo la salud en un mercado y no como un derecho fundamental en el que se garantice el acceso y la asistencia sanitaria universal de calidad**. Refieren que en algunos casos las coberturas son deficientes, o distintas en función de la EPS a la que estás afiliado, o los pacientes aparecen afiliados a varias EPS o a EPS distintas de las que correspondería (por ejemplo, aparecen afiliados en una EPS de Quibdó, en vez de en una EPS de Rio Sucio). Así, por ejemplo, personas inscritas fuera de Riosucio tienen que desplazarse a otras poblaciones lejanas para ser atendidas. O personas que aparecen inscritas en diferentes EPS, por lo que tienen problemas a la hora de recibir los servicios o presentar reclamaciones, situaciones en las que se van pasando el problema de una EPS a otra sin atender al paciente. También se dan dificultades para cambiar la afiliación de una EPS a otra. O incidentes como que a veces la EPS no tiene los medicamentos que receta, por lo que hay que comprar fuera de la farmacia de la EPS que es más caro. O demora en la asignación de citas médicas. Incluso, desconocen en qué tipo de régimen de afiliación se encuentran.

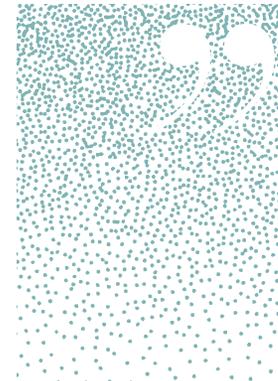
Manifiestan también preocupación por los fallecimientos que se producen durante los largos traslados a los diferentes hospitales e imposibilidad de repatriar los cuerpos de los fallecidos a las comunidades de origen por el elevado coste y/o la falta de compromiso por parte de las EPS y el Estado.

En cuanto a la atención médica, plantean que el personal médico en muchos casos carece de conocimientos en diferentes especialidades y que, a los ojos de ellos, suelen ser estudiantes en prácticas e inexpertos. También manifiestan la falta de traductores para la atención de la población indígena que no habla castellano.

³ Empresa Promotora de Salud (EPS) aseguran la población, son intermediarias y administradoras de los recursos que provee el Estado en forma de Prima Anual denominada Unidad de Pago por Capitación-UPC. Son de carácter público EPS-S o privada- EPS-C. Son las responsables de contratar toda la Red de prestadores para garantizar la prestación del servicio de Salud en cada Entidad.



el personal médico en muchos casos carece de conocimientos en diferentes especialidades y que, a los ojos de ellos, suelen ser estudiantes en prácticas e inexpertos.



Refieren también una deficiente atención a las mujeres embarazadas durante el proceso de gestación, así como durante el parto. El difícil acceso a la atención ginecológica (ya que hay que desplazarse a otros municipios como Apartadó) u otros lugares en función de la EPS. Existen EPS que cubren los gastos de transporte y otras que no.

Actualmente hay cuatro EPS que prestan servicio en la zona: Barrio Unido, La Nueva EPS, Endisalud, y ComfaChocó.

La opinión generalizada sobre las EPS es que atienden bien mal y que se roban la plata, y que solo recetan medicamentos básicos (como ibuprofeno y paracetamol) y no cubren el coste de otros medicamentos más específicos. En definitiva, que tratan la salud como un negocio y no como un derecho (reciben los recursos del Estado, pero ofrecen una atención mala en muchas ocasiones).

1.1 CUENCA RÍO SALAQUI

El equipo de salud de la Caravana humanitaria pudo constatar que las condiciones básicas en la cuenca del Salaquí son problemáticas para la salud y el bienestar de las comunidades. El conflicto armado continúa afectando a la región y genera problemas graves para la salud. Los actores armados impiden el transporte de alimentos, medicamentos y personas enfermas por los ríos. Esta condición de la guerra genera pobreza extrema y falta de infraestructura. Cabe destacar que el desplazamiento como resultado del conflicto armado, agrava la situación de las personas que viven en la cuenca.

En las comunidades visitadas no hay energía eléctrica, ni agua potable, no hay centros de salud, ni medicinas, situaciones que hacen parte de la cotidianidad de estas comunidades que viven en medio de la vegetación selvática y a orillas de los ríos. No hay escuelas, y en las que existen el Estado no ha garantizado la contratación de docentes acordes con la cultura negra e indígena, ni equipamiento, ni material pedagógico. No hay acceso a la educación superior. Y la educación no se está desarrollando a cabalidad de acuerdo con las tradiciones y cosmogonía propia.

Las cuencas de los ríos en tiempo de lluvia se hacen intransitables ante la falta de mantenimiento. Debido a la enorme deforestación y erosión se generan bloqueos por empalizadas que aíslan estas comunidades aún más, algo que, en algunos casos, causa muerte de enfermos antes de poder llegar a la atención médica en el centro de salud más cercano.

Ante la falta de las mínimas oportunidades de trabajo, los pueblos negros e indígenas han tenido que abandonar la agricultura como fuente económica tradicional, para dedicarse a la venta de madera, cultivos ilícitos y agrupamiento en grupos al margen de la ley.

En cuanto a las condiciones básicas de sanidad, se generan problemas graves de nutrición, de higiene, y de acceso a agua potable. La población atendida se encuentra en alto riesgo de afectación grave de salud. Agua potable no hay, no hay letrinas ni desagües, personas y animales defecan a cielo abierto generando esto problemas de salubridad en temas de infecciones respiratorias e intestinales y malnutrición esto a su vez se manifiesta en problemas de desarrollo físico y cognitivo de la niñez del territorio.



Diagnóstico general de las condiciones de salud:

1. Problemas de accesibilidad: El punto de salud más cercano está en Riosucio, y el hospital más cercano en Apartado, Turbo, Quibdó, y Montería, localizados entre 5 a 10 horas de viaje terrestre más el viaje por río en lancha que demora desde Isletas hasta Riosucio entre 7 a 15 horas, dependiendo de las condiciones y seguridad del Río Salaquí, que con lluvia por lo general suele estar obstruido por empalizadas.

El costo por trayecto son 150.000 pesos. La gran mayoría no lo pueden pagar. El equipo pudo escuchar de varios casos de personas enfermas que se mueren antes de poder acceder a un médico.

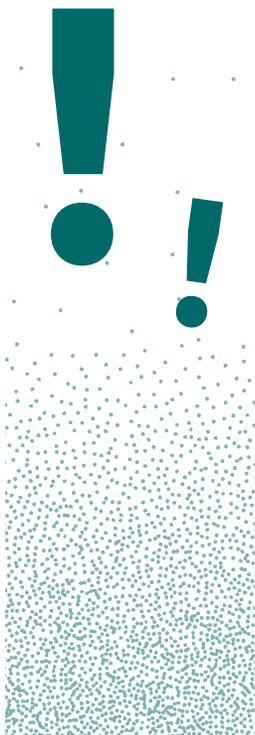
2. Las visitas de un médico, que deberían estar aseguradas por ley, tienen lugar solamente dos veces al año, y eso a condición de que las comunidades insistan mucho.
3. Falta de educación en salud sexual, reproductiva y no reproductiva de acuerdo a las concepciones culturales de la comunidad, incluyendo falta de métodos anticonceptivos, controles prenatales, tanto a hombres y mujeres. En estas comunidades la responsabilidad está a cargo únicamente de las mujeres.
4. El puesto de salud en Isletas se encuentra en condiciones precarias, hay humedad, barro y avisperos colgados por el techo, la casa está muy abandonada, sucia, sin electricidad, sin agua, en resumen, no cuenta con las condiciones mínimas para poder realizar atención médica, odontológica o de enfermería. Barranca no cuenta con puesto de salud, este fue bombardeado tiempo atrás, se utilizó un aula de la escuela, sin acceso a agua y el calor es insostenible.
6. El cambio de las tradiciones de los pueblos afro e indígena causan condiciones de salud complejas, no solo en la forma de atención de la enfermedad, sino también en la incidencia y prevalencia de algunas enfermedades, entre ellos la malnutrición por falta de acceso a la tierra. La población tiene que comprar



casi todos sus alimentos, la agricultura es mínima por el riesgo a las minas antipersonal y el conflicto entre actores armados. El pueblo Embera tradicionalmente cultivaba en un sistema rotativo que brindaba el equilibrio productivo a los terrenos; en la actualidad entró en desuso por la escasez de tierras. Las estaciones se integraban a un calendario ecológico que marca las épocas de siembra y cosecha, lo cual dejó de ser operativo debido a los cambios climáticos que han marcado transformaciones en estas tradiciones.

Diagnóstico de enfermedades:

- **Enfermedad infecto contagiosas:** Por falta de agua y alcantarillado. Pueblos que viven con sus animales, algo que puede generar enfermedades de los niños que juegan en el piso y se llevan todo a la boca. Mordeduras y picaduras de animales: No se puede atender en la región, causa muertes o grave riesgos.
- **Enfermedades relacionadas con la pobreza:** Se observaron la mayoría de los niños con fiebre, malnutrición, infecciones respiratorias e intestinales, parasitosis, infecciones en piel, pésima salud oral y oftalmológica. Casos de dengue y otras enfermedades por vectores (por los abundantes mosquitos y de zancudos que empeoran con la mala disposición de basuras y defecación a cielo abierto).
- La pérdida de la autonomía y soberanía alimentaria porque en varias ocasiones fueron desplazados, por ejemplo, en Tamboral. Por esta condición y la pobreza, muchas familias se alimentan solo de plátano, arroz, carne y pescado.
- No hay atención básica de odontología ni oftalmología.
- **Enfermedades crónicas:** Hipertensión y Diabetes: Por mala alimentación, baja en fibra vegetal.
- **Enfermedades mentales:** Muchas personas sufren de dolores crónicos que parecen ser dolores somáticos por las violencias que han sufrido. No hay atención de psicología.



Personas atendidas:

ISLETAS Y TAMBORAL

177 registradas, más 40 sin registro

35-59: 61



1.2 CUENCAS RÍO JIGUAMIANDO Y CURVARADÓ

Se han encontrado en general, comunidades fuertes, con procesos individuales y colectivos de salud-enfermedad-cuidado notablemente mejor en la medida en que tienen un mayor nivel organizativo y un tejido social más cohesionado. Esto es importante, porque desde allí se pueden generar alternativas de atención en salud intercultural individual y colectivo que generen impacto positivo en el desarrollo de esta región.

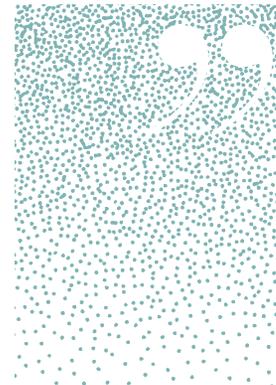
En cuanto a las enfermedades más comunes encontradas, las podemos dividir en:

- **Enfermedades infecto-contagiosas:** como las parasitosis o tuberculosis
- **Enfermedades relacionadas con la pobreza** (vienen determinadas por unas condiciones de vida precarias, como la falta de saneamiento, de acueducto, falta de soberanía alimentaria para una adecuada alimentación, etc.), como es el caso de la malaria, el dengue, la malnutrición, las infecciones de piel, entre otras
- **Enfermedades relacionadas con el trabajo:** o con el exceso de él, e incluso con las condiciones en las que se lleva a cabo (por ejemplo, la repetición de determinadas acciones o, en el caso de las mujeres, estar sumergidas en el agua para lavar), como dolores musculares o en articulaciones, lumbagos con signos de compresión de nervio ciático, cataratas, entre otros.
- **Enfermedades mentales:** como la ansiedad o la depresión, o duelos no resueltos de eventos traumáticos relacionados con el conflicto armado aún vigente, y al temor del regreso posterior a un desplazamiento forzado, porque se sienten desprotegidos, ya que el Estado aún no ha tomado una posición clara al respecto.

Podemos afirmar que en gran medida los problemas de Salud encontrados son producto de la violencia patrimonial, patriarcal, física, psicológica, financiera, estatal, a la que se ha sometido a estas comunidades, a los repetidos desplazamientos forzados que han sufrido, lo que ha dificultado gravemente su capacidad de conseguir unas condiciones de vida dignas, incluida la producción suficiente de alimentos. La otra gran causa es el abandono del Estado, que se evidencia en la mencionada falta de saneamiento básico, de acueducto o de acceso al Sistema de Salud y educación. En relación a la violencia, hay que hacer una mención especial a la violencia sexual a la que se ven sometidas las mujeres, que es causa de problemas de Salud específicos encontrados en la comunidad.



Se han encontrado en general, comunidades fuertes, con procesos individuales y colectivos de salud-enfermedad-cuidado notablemente mejor en la medida en que tienen un mayor nivel organizativo y un tejido social más cohesionado.



1.3 ZONAS HUMANITARIAS

Durante este recorrido se visitaron las zonas humanitarias de “Las Camelias”,

“Nueva Esperanza” y “Centro Jigua”, contando con la participación de los promotores de salud y parteras, que a pesar de ser uno o dos por comunidad visitada, siguen siendo pocos para el número de personas que se encuentra en las zonas o cercana a ellas.

“Me hice promotor porque veía morir a los niños de diarrea o neumonías, cosas que ya se podían curar en otros lugares, de tantas veces que nos desplazaron a la montaña, por quitarnos nuestras tierras, sin comida sin cobijas sin ropa para cambiarnos”

Los promotores, son agentes comunitarios en salud importantes para sus comunidades, por la no disponibilidad de personal de salud profesional (médicos, enfermeras, odontólogos ...) dispuestos a vivir en una zona de conflicto armado. Entre más organizadas y cohesionadas las comunidades, más claro es el papel de estas personas para el crecimiento y desarrollo del territorio.

Así, por ejemplo, conversamos con dos promotores reconocidos por el SENA como técnicos en salud y capacitados a través de la Pastoral Social de Riosucio para atender los problemas de salud más frecuentes en sus territorios.

Ellos saben de microscopía, reanimación básica, manejo de accidente ofídico, manejo inicial de trauma, sutura de heridas, reconocimiento de dengue, malaria y otras parasitosis, crecimiento y desarrollo infantil, controles prenatales entre muchas otras cosas y la comunidad los reconoce como los “doctores”, que son compañeros y que atienden a las personas a puerta directa/“en las casitas” de la gente y en algunas ocasiones en el puesto de salud construido por ellos mismos, como en el caso de “Nueva Esperanza”, ya que los puestos de salud más cercanos son los de los municipios de Bajira (acceso más difícil por las condiciones ambientales, más de 3 horas por río) y Mutata (más de 4 horas por carretera en tiempo despejado) están muy lejos.

Para los promotores en salud, los valores de ética médica y del juramento hipocrático también son importantes. Es así, como nos cuentan que todos los actores armados le han presionado en alguna ocasión para que los atendieran, a lo que aplicaba la justicia de ética en medicina, es decir, atender a cualquier sin distinción de etnia, género, raza





orientación siempre y cuando se trataran de civiles, y no actores armados identificados. En este sentido, manifiestan que en algunas ocasiones algún grupo armado, que ya los identifica como agentes de salud, acuden directamente a ellos, poniendo en riesgo sus vidas.

Pero son las parteras y las mujeres quienes llevan la medicina tradicional de su mano, no solo en la atención de gestantes y nacimientos, sino también en la curación con plantas de algunas enfermedades. De este modo, conversando con una de ellas, en “Las Camelias”, se pudo conocer una huerta de plantas medicinales, cuya cuidadora ha tratado de recuperar y cuidar ese saber al servicio de la comunidad.

Pueblo Nuevo, es otro de esos territorios donde la salud ancestral está en manos de las mujeres. Por ejemplo, conocimos un grupo de mujeres que forma parte de “Somosjigua”, organización de mujeres que tratan, entre otras cosas, el tema de la medicina ancestral y el proceso para la renovación actual de la cultura tradicional, tratando de mantener vivo este conocimiento.

Nos cuentan que entre 2001-2005, en medio de un clima de tanta violencia, en el que no existía el acompañamiento ni la presencia de médicos en las comunidades y existía una falta de transporte y medios para llegar a otros pueblos donde sí existían centros de salud, una de ellas decidió iniciar un proceso de recuperación de los saberes tradicionales de salud, comenzando su aprendizaje práctico por iniciativa individual con un “viejito” que vivía en la comunidad y conocía su medicina ancestral.

Actualmente ya no es solo ella, hay en su comunidad varios hombres y mujeres que conocen su medicina ancestral. Esta mujer aprendió de la palabra del viejito, que recalando la importancia de una enseñanza basada en la práctica y de forma visual no se deja morir este saber.

En cuanto a las enfermedades más comunes encontradas o narradas por sus habitantes, las podemos dividir en:

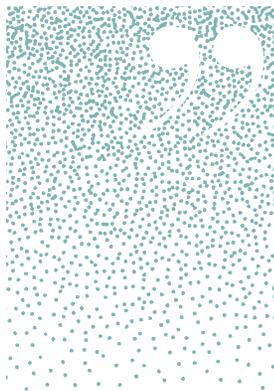
- **Enfermedades infecto-contagiosas:** como las parasitosis, o las llamadas por ellos “virosis”, como el pico respiratorio y gastrointestinal de etiología viral que se encontró en más de la mitad de la consulta de todas las zonas humanitarias cuyas principales dolencias relataban como fiebre, dolor en el estómago, dolor de cabeza, dolor cintura. Los promotores de salud hacían uso de un microscopio hasta hace unos años donde diagnosticaron por mucho tiempo malaria vivax, falciparum o mixta, ahora solo pueden hacerlo por clínica y ocasionalmente a través de la asociación de promotores, por microscopia.

Los promotores comentan que en “Las Camelias” en lo que va del año no ha habido malaria, sin embargo, en las demás zonas humanitarias aún persiste e incluso con casos de reinfección. Una dificultad para los promotores de salud radica en el no reconocimiento de su labor por parte del sistema de salud, y es así como ellos diagnostican en su comunidad los casos de paludismo para los cuales inician tratamiento de cloroquina, sin embargo, con posibilidad de fallo del tratamiento, dado que, al no estar reconocidos, los pacientes no pueden acceder a los demás medicamentos como primaquina, retrasando el tratamiento y propagando el ciclo de infección reinfección del parásito.

Por eso, en casos como uno en Pueblo Nuevo, en el que no se tenía acceso a los medicamentos de paludismo para gestantes, dado la falta de acceso en vías para consultar a un puesto de salud, y de engranaje entre los promotores y el sistema de salud, han tenido que hacer uso de su medicina ancestral,



Enfermedades relacionadas con la pobreza vienen determinadas por unas condiciones de vida precarias, como la falta de saneamiento, de acueducto, falta de soberanía alimentaria para una adecuada alimentación, etc.



con el matarratón para medicar el paludismo de forma natural, por ejemplo en el caso de una mujer embarazada que no podía recibir medicamentos por su estado y fue ayudada con esta receta sin problemas.

En esta región, también encontramos un caso diagnosticado y tratado de tuberculosis, aunque en la consulta identificamos varias personas sintomáticos respiratorios.

- **Enfermedades relacionadas con la pobreza** (vienen determinadas por unas condiciones de vida precarias, como la falta de saneamiento, de acueducto, falta de soberanía alimentaria para una adecuada alimentación, etc.), como es el caso de la malaria, el dengue, la desnutrición proteicoenergética, las infecciones de piel, entre otras.
- **Enfermedades relacionadas con el trabajo:** o con el exceso de él, e incluso con las condiciones en las que se lleva a cabo (por ejemplo, la repetición de determinadas acciones o, en el caso de las mujeres, estar sumergidas en el agua para lavar), como dolores musculares o en articulaciones, lumbagos con signos de compresión de nervio ciático, cataratas, entre otros.
- **Enfermedades crónicas:** Se encontraron casos de pacientes con epilepsia, quienes tienen dificultad en la consecución de los medicamentos y los controles con medicina general y medicina especializada, dado que los controles son afuera de la comunidad implicando desplazamiento, viáticos y demás para familias sin recursos.
- **Enfermedades en la esfera de la salud mental:** como la ansiedad o la depresión, o duelos no resueltos de eventos traumáticos relacionados con el conflicto armado aún vigente.

1.4 CUENCA RÍO TRUANDÓ

En los conversatorios se pusieron de manifiesto, además, LAS PROBLEMÁTICAS de las comunidades en materia de salud en los siguientes términos:

- 1 **Los promotores y promotoras de salud, los puestos de salud, y el centro de salud de Riosucio no están interconectados.** Refieren problemas en las contrataciones y los nombramientos de los promotores y promotoras de salud. En muchas



ocasiones l@s promotores son voluntari@s que no pueden dedicarse a tiempo completo a la atención sanitaria ni a capacitarse. En ese sentido consideran necesaria la capacitación reconocida y que se realicen contratos largos y estables por parte del Ministerio dentro del sistema de salud.

En muchas comunidades carecen de puestos de salud y de promotores y promotoras de salud capacitad@s, así como de medicinas biomédicas (en este punto refieren casos en que no ha sido posible transportar medicamentos desde Riosucio a las comunidades debido a la presencia de actores armados que lo impiden).

- 2 En cuanto a **la atención que se lleva a cabo en el centro de salud de Riosucio es muy básica**. El centro de salud es de un nivel básico, de modo que para la atención de muchas dolencias las personas han de trasladarse a los Hospitales de otros municipios: Apartadó, Turbo o Chigorodó. Lo que implica un coste de desplazamiento que algunas familias no pueden asumir. Para la atención ginecológica las mujeres han de trasladarse a estos municipios. En este sentido l@s participantes manifiestan la necesidad de un Hospital de segundo nivel en Riosucio que atienda más especialidades.

En este contexto destacan, algunas de las promotoras, la labor positiva de la Pastoral Social que en 2007 inició un proceso de capacitación de promotores rurales. Este grupo de promotores conforman el Comité asociado de promotores interétnicos del bajo Atrato en salud, cuya sigla es COAPIBAS, quienes además de visitar comunidades en las diferentes cuencas hidrográficas del municipio, sirven en la cabecera municipal con un centro de atención, de manera voluntaria y sin apoyo institucional. Este grupo de voluntari@s brindan apoyo en salud y en labores de atención psicosocial.

- 3 Otra problemática es la **no adecuación étnico cultural en la atención a las personas**. Dándose casos de discriminación o mala atención, principalmente por cuestiones idiomáticas. La ausencia de traductores hace inviable la comunicación entre personal médico y pacientes.
- 4 La **dificultad de acceso a la atención médica por la distancia y la falta de recursos para realizar los traslados**, ya sea a Riosucio, ya sea a otros municipios. En este punto señalan la importancia del **mantenimiento de los ríos** por los poderes públicos correspondientes (para garantizar que la movilidad), y la **necesidad de una panga ambulancia** que transporte a los pacientes desde las comunidades al centro de salud de Riosucio.
- 5 **En el marco del conflicto armado, de los sucesivos desplazamientos y de la presencia de actores armados en el territorio; se dan diversas situaciones que directamente afectan a la salud:** se dan situaciones de confinamiento, en las que las comunidades tienen miedo de salir de cierto perímetro, por la presencia de actores armados y de minas antipersonales en la zona. Al vivir situaciones de confinamiento ya no realizan algunas de las actividades que venían realizando para su sustento: cultivar, pescar, cazar, pastorear el ganado. De manera que su calidad de vida y salud quedan mermadas física y mentalmente, y la nutrición se empobrece en cantidad y variedad.

Por la vida, el territorio y la dignidad de los pueblos

Debido a esas condiciones precarias, muchas familias de las comunidades negras ya no viven en las comunidades, sino que viven en Riosucio. Especialmente si tienen niños, ya que en las comunidades no suelen tener escuela debido, entre otros, a la reducción del número de familias a consecuencia de los desplazamientos por el conflicto armado y los conflictos de intereses de diferentes actores en el territorio.

Otra problemática mencionada por los participantes hace referencia a la contaminación de fuentes hídricas, del aire, de los animales y de los cultivos derivada del enfrentamiento entre actores armados, por el uso de químicos durante los combates.

En este marco de las violencias y la situación de facto de confinamiento: está en riesgo la seguridad y la soberanía alimentarias, la integridad física de las personas y su salud mental.

Desde una perspectiva histórica, los sucesivos desplazamientos de las comunidades por la presencia de actores armados, ha provocado una desestructuración social y un deterioro continuado en todos los aspectos mencionados y que afectan a la salud.

La ausencia de planes de retorno dificulta también la viabilidad de la vida sostenible en las comunidades.

- 6 Falta de agua potable.** Lo que afecta a la salud de adultos y niños (amebas, parásitos intestinales, diarreas, etc.). Ha habido proyectos de ONG extranjeras en algunas comunidades (que han realizado proyectos con construcción de acueducto, donación de filtros, etc.), pero que no han tenido continuidad en el tiempo. Acabado el proyecto de cooperación y deteriorándose los elementos potabilizadores la situación sigue siendo la misma. Apuntan que son necesarios proyectos de potabilización de aguas, así como también reconocen que a veces no hierven el agua antes de consumirla. Por otro lado, manifiestan no saber si hay análisis o estudios sobre la calidad del agua.

- 7 Las mujeres ponen de manifiesto casos de violencia sexual y de malos tratos contra las mujeres.** La violencia contra las mujeres se produce por parte de los actores armados, y también en el seno de las comunidades; lo que constituye un elemento más





de las relaciones desiguales entre mujeres y hombres. Mujeres que siempre han de estar disponibles para el acto sexual, y sobre las cuales cae principalmente la responsabilidad de la planificación familiar.

- 8 En cuanto a las enfermedades,** los participantes refieren que son habituales: desnutrición, diarreas, parásitos e infecciones respiratorias en niños; gastritis, conjuntivitis y problemas de visión, artritis, gripa, fiebres, y dolor de cabeza en adultos. Específicamente en mujeres se mencionan: dolores generalizados en el cuerpo (espalda, manos) por motivos posturales relacionados con las tareas domésticas; cáncer de útero, senos y cerebro; e infecciones vaginales. También son habituales enfermedades mentales como: depresión, estrés, ansiedad y trastornos mentales graves que, en ocasiones, llevan al aislamiento social. En este punto se menciona la necesidad de trabajo psicosocial, ahora inexistente.

En este contexto se refieren como fortalezas: el autocuidado, la medicina tradicional, prevención por parte de promotores de salud, y el compromiso de permanencia en el territorio.

Por otro lado, se menciona la falta de fumigaciones contra zancudos, lo que redundará en más casos de dengue y paludismo.

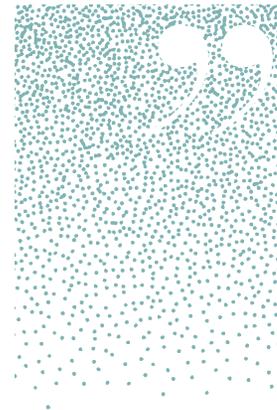
Hallazgos Microbiológicos

Frente al análisis de las condiciones estructurales de las viviendas, las medidas de saneamiento básico y los factores de riesgo para la presencia de enfermedades de abandono estatal o de otro orden en la visita a los territorios de Jiguamiando y Curvarado.

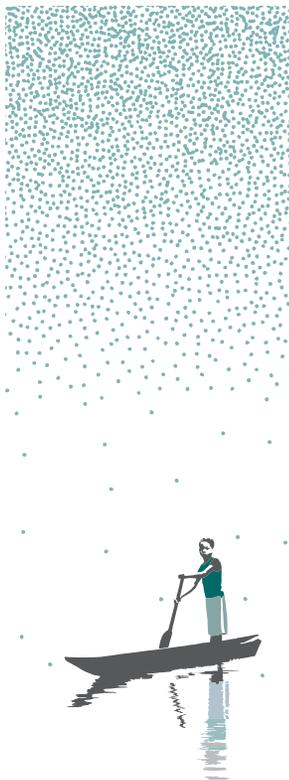
Se puede decir que la estructura de las casas que en su mayoría corresponden a casas de madera sin pisos, son un alto factor de riesgo para el desarrollo de vectores como el Triatomino y Rhodnius que son los organismos responsables de transmitir Chagas. La falta de pisos y de accesos a otras medidas sanitarias y culturales como calzado, se constituye en un factor de riesgo para el desarrollo de parasitosis por geohelminths, parásitos que desarrollan parte de su ciclo en la tierra y que, en esta región han causado muerte en infantes por Ascariosis, que es una enfermedad de fácil tratamiento. Adicionalmente hay numerosos criaderos de zancudos Anopheles sp. que transmite malaria y dengue, Aedes aegypti que transmite fiebre amarilla, Dengue o Malaria y Lutzomia que transmite Leishmania.



La violencia contra las mujeres se produce por parte de los actores armados, y también en el seno de las comunidades; lo que constituye un elemento más de las relaciones desiguales entre mujeres y hombres.



Por la vida, el territorio y la dignidad de los pueblos



Otro factor muy importante de riesgo encontrado fue la ausencia de baños y de un acueducto, lo que expone directamente a toda la población a los huevos de los parásitos expulsados en las heces de las personas enfermas, estos huevos son altamente resistentes a las condiciones medioambientales y en contacto con las manos que luego manipularan alimentos, o con las fuentes de agua, contaminaran en un ciclo breve al resto de la población que aún no ha sido infectada, que se relaciona también con la falta de higiene y lavado de manos.

En cuanto al consumo de agua se pudo observar que la mayoría de la población no tiene acceso a agua potable, y que por lo general consumen agua lluvia que recogen en tanques y en tiempos de sequía incluso agua de río, que será otra puerta de entrada a todo tipo de parásitos intestinales virus y bacterias.

Sin embargo, es importante acotar que las comunidades mejor organizadas políticamente tienen mejores posibilidades de solventar este problema, es decir mientras en un escenario preocupante encontramos comunidades consumiendo agua lluvia sin hervir o filtrar y en algunas ocasiones con fuente directa del río, más la mala disposición de las basuras.

En comunidades más organizadas encontramos casas que en su mayoría contaba con baño con pozo séptico, buena disposición de las basuras, tanques para agua lluvia con mosquitero y filtros de Ekofil que son un mecanismo de filtro a base de cerámica porosa que actúa como una barrera mecánica porque





Caravana humanitaria por la vida

tiene poros tan pequeños que se hace imposible el paso de parásitos, y una barrera iónica compuesta de una capa coloidal de plata que dificulta el paso de las bacterias lo que ha disminuido en cierta medida las parasitosis y enfermedades gastrointestinales. En términos generales este filtro tiende a ser efectivo y sus limitaciones están relacionadas más con el mantenimiento de los filtros y los periodos de sequía en los que las comunidades se ven forzados a tomar agua de río.

Empero, aunque las condiciones eran mejores en estas comunidades no eran las óptimas, ya que, aunque gracias al apoyo internacional tuvieron acceso a estas tecnologías. Se hace evidente la necesidad de que junto al apoyo de la ciencia se realice a la par un proceso de educación popular que permita el 100 % de efectividad de estas medidas, ya que en algunos lugares por creencias culturales se estaba adicionando al agua de los tanques 4 gotas de gasolina para matar las larvas, problema que se puede solucionar con cloro o lavado constante los tanques. El agravante de esta práctica es que con el tiempo se constituye como un envenenamiento crónico de las comunidades que transcurrirá de manera silenciosa en una enfermedad de difícil resolución luego.

En ese sentido, también existe un factor poco mencionado por las comunidades, pero presente cerca de las viviendas que corresponde al uso de agrotóxicos que se hace de forma indiscriminada y no solo contamina de forma directa a los campesinos que trabajan sin las medidas de protección personal, sino que contaminan la tierra y los cuerpos de agua cercanos que si bien no se expresa como una enfermedad inmediata si se constituirá en una enfermedad crónica de las comunidades. Y además de ser una política nacional, el no uso de agrotóxicos ya prohibidos por la FDA (Food and Drug Administration), también lo debería ser, apoyar propuestas de fomento de cultivos orgánicos y agroecológicos de acuerdo a la cultura de las comunidades.

Por este motivo es preponderante que cualquier tipo de intervención que se piense después de esta caravana vaya acompañado de un plan pedagógico de enseñanza popular que haga las opciones de la ciencia más viables en zonas tan olvidadas por el Estado y el mundo. Cuadro resumen de factores de riesgo, vectores y enfermedades asociadas.



Cuadro resumen de factores de riesgo, vectores y enfermedades asociadas.

<i>Factor de Riesgo</i>	<i>Vector</i>	<i>Enfermedad</i>
· Casas de madera.	·Triatomino o Rhodnius	· Chagas
· Pisos de tierra. · Falta de cisternas o baños. · Ausencia de acueducto. · Uso de agua no potable. · Falta de higiene y lavado constante de manos.	·Geohelmintos ·Parásitos intestinales comunes ·Bacterias ·Virus	· Parasitosis intestinal · Muerte por obstrucción parasitaria · Bacteremia
· Criaderos de larvas. · Hacinamiento.	·Anopheles sp. ·Aedes aegypti	· Malaria
· Criaderos de larvas. · Hacinamiento.	·Anopheles sp. ·Aedes aegypti	· Dengue
· Falta de vacunación. · Criaderos de larvas. · Hacinamiento.	·Aedes aegypti	· Fiebre Amarilla
· Criaderos de larvas.	·Lutzomia	· Leishmania
· Uso de acpm en los tanques de agua lluvia para consumo. · Uso de agrotóxicos.	· Temas culturales y falta de medidas de protección personal para las tareas del campo.	· Intoxicación crónica de las comunidades

MATRIZ DE PROCESOS PROTECTORES Y PROCESOS DESTRUCTORES (aproximación)

	<i>PROCESOS PROTECTORES</i>	<i>PROCESOS DESTRUCTORES</i>
DIMENSIÓN GENERAL (SOCIEDAD)	<ul style="list-style-type: none"> · La solidaridad Internacional y Nacional de las organizaciones sociales que se articulan en la lucha de los pueblos de la comunidades, junto al apoyo de comunidades religiosas,y organizaciones no gubernamentales, inician o fortalecen procesos que promueven el desarrollo de la población. 	<ul style="list-style-type: none"> · Centralización de los hospitales tecnológicos en grandes ciudades, inexistencia de especialistas cercanos, falta de protocolos para la atención especializada de poblaciones de áreas rurales. · Ley 100 de 1993 de Salud que contempla la universalidad, pero no contempla un sistema de salud diferenciado para las áreas rurales con las diferencias geográficas, culturales, sociales, movilidad y demás que presentan en relación a la ciudad. · Invisibilización de las problemáticas de los territorios en los medios de comunicación y en la agenda política del gobierno nacional.



	<i>PROCESOS PROTECTORES</i>	<i>PROCESOS DESTRUCTORES</i>
<p>DIMENSIÓN PARTICULAR (MODOS DE VIDA GRUPOS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las condiciones en el acceso a la salud de la comunidad (por distancia y tiempo) han forzado al promotor a aprender distintas técnicas (ej.: suturas internas). • También participa en los partos cuando, en varias ocasiones, las parteras solicitan su ayuda (también solicitan su ayuda otras comunidades, como las indígenas) • La vida en comunidad, y la organización de la vida, y otras formas de construir el poder popular llevan a mejores condiciones de salud. • Se ha mejorado el agua con sistema de filtros, especialmente en las comunidades organizadas, aunque a muchas familias les cuesta seguir más recomendaciones. • En Isleta hay una promotora de salud que cuida a la comunidad, y hay dos personas interesadas en aprender de enfermería. Sin embargo, nadie tiene suficiente formación, y hacen falta más capacitaciones. Los promotores que existen en las comunidades son de COAPIBAS. • Hay fuerte interés en la reivindicación de propios sistemas de salud, en reconocer a las parteras, promotores y promotoras de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • A ciertas horas del día no pueden viajar por el río con sus enfermos, porque los grupos armados tienen el control del río en las noches. • Los promotores tienen problemas para autorizaciones médicas, es decir, prescripciones de medicamentos, para solicitar tratamientos y medicamentos a los pacientes, y para derivarlos a los centros de salud oficiales (por no tener reconocido su estatus), en un área rural aislada con limitaciones para ir a primera consulta a un centro de salud. • Lamentablemente, observamos que la medicina tradicional, a costo de varios desplazamientos y falta de continuidad de los pueblos en sus territorios, cada vez más pierden su autoridad y sabiduría.
<p>DIMENSIÓN LOCAL INDIVIDUAL (ESTILOS DE VIDA, FISIOPATOLOGÍA)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El deseo y la disposición por intentar resolver sus problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> • A las personas con discapacidad (especialmente referido a la discapacidad física) "les inician el control" para un tratamiento de forma externa/fuera de la comunidad.

PROPUESTAS

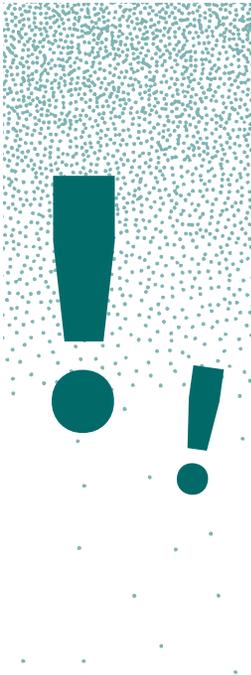
- El equipo de salud de la Caravana es un equipo interdisciplinar, con participación de delegados internacionales, y nacionales dentro y fuera de la región. Desde una visión de salud integral, **recomendamos ante todo reconocer el trabajo de la salud tradicional que se realiza en la región por parte de promotoras de salud y médicos y médicas tradicionales, entre ellos las parteras y los jaibanás.**
- **Fortalecer el proceso de los promotores de salud** no solo antes, durante sino después de la caravana a través de la **educación popular, fortalecimiento de rescate de la medicina ancestral**, de las **formas alternativas de cuidarnos** y de la **exigencia de infraestructura adecuada y reglamentación correcta con reconocimiento de su labor al Estado colombiano** para la prestación de atención en salud.

Ante esta situación, se hace necesaria una intervención del Estado, que responda realmente a las necesidades de las comunidades, asegurando los servicios básicos, una intervención que ha de realizarse con la participación activa de las comunidades, a través de infraestructura física y financiación.

A este fin, es importante **reconocer y potenciar la figura de los promotores de Salud, jaibanás, médicas y médicos tradicionales**, y de las **parteras**, los cuales tienen un papel fundamental a realizar, no como personas a las que se les delega el cuidado de la Salud, si no como personas que deben promover el cuidado colectivo e incluso personal de la Salud, como parte del sistema de salud. Su actuación es esencial y así debe ser reconocida por el Estado, desde una óptica preventiva de la Salud, alejada de las lógicas mercantilistas de la medicina hegemónica, que pone el acento en la cura farmacéutica.

En ese sentido, también se hace necesario un **programa de capacitaciones y actualizaciones continuas a los promotores de salud, jaibanás y parteras** desde la medicina tradicional con ayudas desde la medicina biomédica. Necesitan a alguien que les enseñe algunas técnicas o a mejorarlas, poniendo como ejemplo el suturar heridas, atender partos en situaciones de aislamiento.





Lo anterior con especial reconocimiento a **COAPIBAS (Comité Asociado de Promotores Inter-Étnicos del Bajo Atrato en salud)** organización que hace parte de la Pastoral Social en Salud de la Diócesis de Apartadó, apoyados y capacitados por Concern en América, en la que vienen trabajando las y los promotores de salud en la región.

- **Fortalecer** la línea de acción de **TALENTO HUMANO EN SALUD de MAITE (Modelo de Acción Integral Territorial)**⁴ con el reconocimiento y la participación activa, de **las y los promotores de salud, jaibanás, médicas y médicos tradicionales**, y de las **parteras** en equipos multidisciplinares de salud, en articulación con los centros de primer nivel de atención en estas áreas remotas y dispersas, como los principales agentes comunitarios en salud que realizarán intervenciones con énfasis en APS (atención primaria en salud) individual y comunitaria, y de ser necesario procedimientos de diagnóstico y tratamiento.
- Comprometerse en coherencia con las líneas de acción del **MAITE**, el **plan Decenal de Salud Pública**, las Metas del Milenio y los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, no solo con el reconocimiento de la acción de **las y los promotores de salud, jaibanás, médicas y médicos tradicionales**, y de las **parteras** en la transformación de la realidad en salud de sus comunidades, sino también con la **financiación de su trabajo**, que les permita dedicarse en exclusivo a esta actividad sin poner en riesgo la consecución de una vida digna para ellos.
- La **seguridad y protección de la labor de las y los promotores de salud, jaibanás, médicas y médicos tradicionales**, y de las **parteras**, en concordancia con el **Derecho Internacional Humanitario** también debe ser un objetivo del Estado en la búsqueda de Salud para todos en estas comunidades. Recordando, que como ellos nos contaron, la solidaridad y los valores de la ética médica ya reconocidos en el juramento hipocrático, también son sus valores.

Y en especial, porque al tratarse de zonas remotas y dispersas, en conflicto permanente entre grupos armados legales e ilegales y/o la situación de

⁴ Tomado de Revista electrónica Consultor salud "ADIÓS MIAS, BIENVENIDO MAITE" Camilo Jaimes, recuperado el 24/08/2019 de <https://consultorsalud.com/adios-mias-bienvenido-maite/>



abandono estatal actual, que pudimos constatar en la caravana por la vida, carecen de profesionales de la salud (medicxs, enfermerxs, odontologxs, farmaceutas, nutricionistas, terapeutas) dispuestos a trabajar de forma permanente en estas zonas.

- Reconocer que la mayoría de la comunidad tiene o tuvo condición de desplazamiento forzado interno, y que algunos retornaron a sus tierras, y como tal ante la sentencia T-025 de 2004 de la Corte Constitucional y muchas otras, **es deber del Estado garantizar** a la población desplazada el **derecho a la vida**; la dignidad y a la integridad física, psicológica y moral; a la familia y a la unidad familiar, en especial en los casos de las familias conformadas por personas que son particularmente protegidas por la Constitución, tales como los niños y las niñas, las personas de la tercera edad, las personas que sufren alguna discapacidad o las mujeres cabeza de familia; a una subsistencia mínima; **a la salud**; a la protección frente a prácticas discriminatorias basadas en la condición de desplazamiento; a la educación para los menores de 15 años de edad; a la provisión de apoyo para el autosostenimiento, por vía de la estabilización socioeconómica; **al retorno y al restablecimiento** que no significa el fin de estos deberes del Estado.

En ese sentido, solicitamos una revisión a esos múltiples obstáculos para la atención en salud dentro del Sistema General Seguridad Social en Salud referidos por las comunidades, dados por ubicación de los centros de salud lejos de las comunidades en especial del II y III nivel; ausencia de médicos y de seguridad para la labor de los médicos que no se resuelve solo con abrir plazas de Servicio Social Obligatorio sin condiciones dignas para el trabajo; en múltiples afiliaciones al sistema de salud en el régimen subsidiado a una persona que impone trabas en la garantía del Derecho Fundamental a la Salud y que fuera de generar universalidad, se constituye en un factor destructor de los procesos de salud-enfermedad; en la corrupción en la ejecución de los planes de salud pública municipales; entre muchos otros.

- Contribuir con el derecho a la vida, con la posibilidad de la **autodeterminación de los pueblos** en cuanto a su **soberanía alimentaria**, promoviendo la organización de la producción agrícola para una transición hacia la agroecología, que



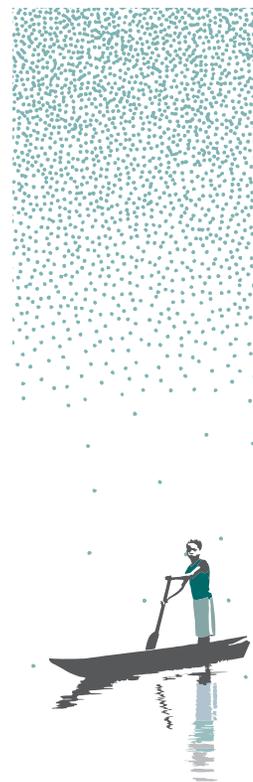
disminuya la malnutrición y nos lleve a cumplir las metas del milenio en esta región conocida por la mortalidad infantil por desnutrición.

- También manifestamos la necesidad de una **actuación decidida en el capítulo de la rehabilitación de las víctimas de la violencia y el conflicto armado interno**, de forma que se mejore su capacidad de participación plena en las comunidades.
- El trabajo y labor de **las y los promotores de salud, jaibanás, médicas y médicos tradicionales**, y de las **parteras** pueden contribuir con la línea de acción de **SALUD PÚBLICA** de **MAITE**, en especial en lo relacionado con eventos de salud más prevalentes en los que se deberá optimizar el uso de recursos a través de mecanismos de entrega que se adapten a las características y particularidades de la población y el territorio, en el marco del **Plan Decenal de Salud Pública**.

Estos agentes comunitarios conocen de microscopía, de diagnóstico de enfermedades transmisibles como Malaria, Dengue, Leishmania, Parasitosis intestinales, control de paciente con enfermedades no transmisibles crónicas como Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, entre otras de interés en salud pública, que trabajando en red con el sistema general de salud y con los centros de salud, pueden adelantar estas labores, e iniciar tratamientos siempre de acuerdo a los lineamientos del Instituto Nacional de Salud.

De esa forma, los centros de salud/IPS de la región, pueden trabajar con ellos reconociendo y apoyando su labor, sin utilizar y presentar informes realizados por los promotores como informes propios, invisibilizando realmente la situación de salud de estas comunidades, con inadecuado uso de recursos en salud.

- **Incluir** dentro de los planes territoriales de salud, **la salud y el bienestar de los animales** domesticados, de aquellas mascotas y animales productivos dentro de las comunidades, buscando no solo capacitar a **las y los promotores de salud, jaibanás, médicas y médicos tradicionales**, y de las **parteras**, sino también a **agentes comunitarios en salud animal**, que trabajen en red con veterinarios en programas integrales de atención en salud a este tipo de población.



En lo inmediato proponemos la visita de un veterinario con herramientas de atención en salud a aquellos animales como perros y gatos con fracturas, heridas abiertas, sarna, y demás problemas de salud.

- **Continuar con la implementación de los Acuerdos de Paz de la Habana**, y con la búsqueda de la **solución dialogada del conflicto armado interno**, con los demás grupos armados ilegales, con el fin de disminuir este tipo de violencias en la comunidad en búsqueda del desarrollo de la región. Por ejemplo, retomando la libertad para navegar los cuerpos de agua que permiten llegar a los centros de atención en salud, disminuyendo el miedo y la ansiedad en estas comunidades y así mejorando la salud mental de los mismos, buscando la reparación integral y la no repetición, protegiendo las zonas humanitarias, entre otras acciones.
- **Fortalecer las iniciativas de propuestas para la construcción de un Sistema de Salud Rural intercultural** en el país, como deuda histórica del actual sistema de salud Ley 100 de 1993 y como parte de las propuestas en la implementación de los **Acuerdos de Paz de la Habana**

¡La crisis humanitaria no se combate con la militarización de la zona!

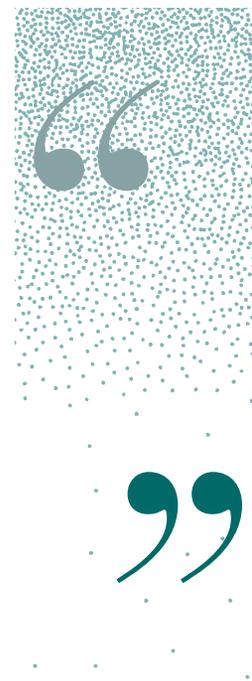
NOTAS SOBRE LA METODOLOGÍA

Los hechos y los datos que se ponen de manifiesto en este informe tienen como única fuente los testimonios de las personas que participaron en los conversatorios que tuvieron lugar en la comunidad indígena Wounaan de Marcial, y en la comunidad afro de Clavellinos, los pasados días 8 y 10 de agosto de 2019, respectivamente.

Por tanto, los datos y las informaciones podrían estar sujetos a pequeños errores o inexactitudes de interpretación de las personas que tomamos los datos, o de las personas que nos proporcionaron los datos o nos manifestaron sus consideraciones sobre las temáticas planteadas relacionadas con el derecho a la salud. En ese caso, se recomienda verificar y contrastar los datos o hechos con fuentes oficiales y no oficiales, en caso de que se vayan a utilizar de manera que sea necesaria más precisión y exactitud.

En los conversatorios de la comisión de salud participaron los promotores y promotoras de salud, y los voluntarios y voluntarias de las siguientes comunidades:

- Comunidades indígenas de Marcial, Jagual, Pichindé, Peñablanca, Quiparadó y Kuindur.
- Comunidades negras de Clavellinos, Truando Medio, Dos Bocas, Taparal y Pava.



CARAVANA HUMANITARIA POR LA VIDA

