



PERÚ
Ministerio
de Salud



♦ ESTUDIO SOCIOCULTURAL DE LA COSMOVISIÓN Y PRÁCTICAS EN COMUNIDADES INDÍGENAS ASHÁNINKAS



INFORME FINAL

Objetivo 1 TB - Octava Ronda

Perú - 2011

♦ **ESTUDIO SOCIOCULTURAL DE LA
COSMOVISIÓN Y PRÁCTICAS EN
COMUNIDADES INDÍGENAS
ASHÁNINKAS**



INFORME FINAL

Objetivo 1 TB - Octava Ronda

Perú - 2011

Contenido

RESUMEN EJECUTIVO	7
1. MARCO TEÓRICO	10
1.1. PERFIL DE LA POBLACIÓN INDÍGENA	10
2. PROPÓSITO Y OBJETIVOS	14
2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	14
3. ÁMBITO DEL ESTUDIO	16
4. METODOLOGÍA DESARROLLADA	18
4.1. TIPO DE ESTUDIO	18
4.2. SUJETOS	18
4.3. ÁREA DE ESTUDIO	18
4.4. VARIABLES DEL ESTUDIO	18
5. PERFIL ETNOGRÁFICO DE LOS ASHANINKAS	24
5.1. SÍNTESIS HISTÓRICA	24
5.2. CONFLICTO ARMADO INTERNO	24
5.3. SECUELAS DE LA GUERRA	25
5.4. ORGANIZACIÓN SOCIAL	25
5.5. ACTIVIDADES ECONÓMICAS	25
5.6. EDUCACIÓN	26
5.7. ASPECTOS DE SU SISTEMA MÉDICO TRADICIONAL	26
6. RESULTADOS	28
6.1. RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	28
6.2. RESULTADOS CUANTITATIVOS DE LA ENCUESTA POBLACIONAL	31
6.3. RESULTADOS CUALITATIVOS	34
6.4. CASO SHEBOJA	53
7. CONCLUSIONES	56
8. BIBLIOGRAFÍA	62

Resumen Ejecutivo

El presente estudio de tipo cohorte etnográfico, se realizó en 5 comunidades ashaninkas de Junín (4 comunidades y Ucayali (1 comunidad) durante los meses de enero y febrero del 2011. El objetivo fue realizar un estudio sociocultural de la cosmovisión y prácticas relacionadas a la salud respiratoria y la tuberculosis en el pueblo indígena ashaninka. En esta investigación también se intentó identificar y comprender los significados atribuidos a esta enfermedad y reconocer las actitudes, prácticas e información acerca de la salud respiratoria y la prevención de TBC en esta población. Los sujetos seleccionados fueron pobladores ashaninkas mayores de 18 años que viven en el área de estudio, personas afectadas por TBC residentes en las CC.NN ashaninkas, autoridades de las CC.NN, escolares de los últimos grados de nivel secundario de colegios ubicados en CC.NN ashaninkas, Personal de Salud de los ES de las CC.NN, informantes clave de las CC.NN: (Promotores de Salud, Jóvenes profesionales que trabajan en o para la comunidad, personas mayores con sabiduría nativa).

Resultados y conclusiones:

El termino de tuberculosis no es el más usado, únicamente el 5.9% de los encuestados dio esta denominación y solo al existir un diagnóstico médico. También se le denomina “mal de caja”, “mal del pulmón”. En idioma ashaninka, la TBC recibe los nombres “*jojojenka*”, “*Kemirejenka*” y “*Jojojenka*”, términos que hacen referencia al sonido de la tos del enfermo y *kemirejenka* que se refiere a la enfermedad en general. La mayoría (54%) atribuye la causa de la TBC al frío, a la humedad y la desnutrición. Consideran que esta enfermedad es contraída por una persona sana (le agarra la enfermedad) a través del aire, al estornudar (78%) y/o por contacto con personas enfermas o con sus utensilios. El estudio cualitativo indicó que en estas comunidades donde las familias tienen diversos grados de parentesco, el temor a ser contagiado por un miembro de la comunidad que tiene la enfermedad, no funciona como un rechazo o discriminación abierta. La mayoría de entrevistados (69.6%) expresó su preferencia por los materiales audiovisuales como fotos y videos para recibir información. La población se encuentra fuertemente organizada y politizada. Se deben de respetar todas estas instituciones.

Recomendaciones: Ampliar la investigación a otras comunidades indígenas, especialmente aquellas comunidades más alejadas que presentan patrones culturales más tradicionales. Se sugiere que la ESNTB priorice la atención integral en zonas rurales, considerando los aspectos socioculturales desde la formación en interculturalidad de profesionales. Esto significa ir más allá de un enfoque basado únicamente en el uso del idioma, sino a una real comprensión sociocultural de la tuberculosis en población indígena.

◊ MARCO TEÓRICO



1. Marco Teórico

1.1. Perfil de la población indígena

Se estima que en Latinoamérica y el Caribe, la población indígena corresponde a un 10% de la población total, con 45-50 millones de nativos que viven en esta región. El Perú tiene una de las más altas proporciones de población indígena de Latinoamérica, con un total de 9 millones de personas indígenas, cerca de un tercio del total de la población. Desde la época de la colonia, los indígenas han enfrentado distintas barreras para el acceso a la salud. La situación de estas comunidades ha sido descrita como el “cuarto mundo”, una condición donde la minoría de indígenas existe dentro de una nación donde el poder institucionalizado y los privilegios se otorgan a los colonos, quienes dominan la relación (4-5). Esta posición subordinada se refleja en el estado de salud de las comunidades, quienes experimentan pobreza, enfermedades y tasas de mortalidad desproporcionadas respecto al tamaño de la población.

Las poblaciones indígenas son grupos vulnerables, con precarias condiciones de vida, marginados de los servicios más elementales con escasas posibilidades de insertarse en los modelos de desarrollo y un constante dilema entre incorporarse al mundo globalizado o quedar al margen y mantener su identidad¹.

Cada comunidad indígena posee un perfil cultural distinto, resultado de una historia particular, por lo que no se puede homogenizar. Los diferentes pueblos tienen condiciones distintas y propias formas organizativas y culturales afectadas de manera diversa por los procesos de desarrollo. Estos pueblos habitan en variados medios ecológicos con diferentes niveles de degradación o conservación.

En el Perú, los indígenas tienen los niveles más bajos en los índices de pobreza, educación, salud, etc. De acuerdo a estudios recientes se tiene que en las zonas rurales –en donde se encuentra un gran porcentaje de la población indígena agrupada en comunidades– los niveles de pobreza y extrema pobreza, son más elevados que en las ciudades.

Las comunidades indígenas tienen diversas formas de concebir la salud y la enfermedad, la vida y la muerte difieren a la concepción de la sociedad no indígena. El acceso a la información sobre pueblos indígenas presenta serias limitaciones: existe un subregistro en la información censal, pero al no considerar los registros de la variable étnica, se desconoce el perfil de la salud, educación, empleo, vivienda. En los establecimientos de salud, el personal no indígena carece de una formación profesional con enfoque intercultural. El MINSA no ha corregido esta deficiencia; debido a ello el trabajador no indígena tiende a discriminar y subvalorar las prácticas sanitarias y la medicina tradicional de estos pueblos. (9)

A consecuencia del proceso de aculturación, relacionado con la urbanización de las ciudades, muchos grupos nativos -a medida que avanza la desestructuración de sus sociedades y la pérdida de su identidad étnica- han pasado a vivir en centros poblados mestizos, confundándose con la población urbana y ubicándose en áreas de marginación social y geográfica².

En el Perú se destaca un aumento en la concentración de la población indígena en la parte urbana, fenómeno asociado al proceso de la globalización. Este proceso puede generar un ambiente adverso en la cosmovisión de las sociedades tradicionales -pero al mismo tiempo-, ofrece la oportunidad de replantearse el abordaje del sistema de salud pública y sus estrategias en salud en función de la realidad indígena. En el Perú se mencionan que existen 71 etnias o pueblos indígenas (ver Tabla N°1). Los departamentos con mayor población indígena andina son: (i) Población indígena quechuas y aymaras: Cusco, Lima, Puno, Ayacucho, Ancash, Huancavelica, Apurímac, Huánuco, Arequipa, Junín, Tacna, Moquegua; (ii) Población indígena amazónica: Loreto, Amazonas, Ucayali, Pasco, San Martín. Estos grupos étnicos presentan variadas manifestaciones culturales como el idioma, organización social, política, económica, y actividades relacionadas con el ambiente³.

En relación a la tuberculosis, un estudio realizado el 2009 con 702 indígenas con TBC, demostró que uno de los grupos étnicos que presentan mayor número de pacientes indígenas con TBC, 60%, es el ashaninka (seguido del shipibo y matsigenka) (Culqui *et al*, 2010)

¹ ESCPTB. Situación de la Tuberculosis en el Perú. 2008.

² Instituto de Investigación de la Amazonía Peruana – Perfil Demográfico de la Región Loreto. Junio 1992.

³ Tuberculosis en los pueblos indígenas en el Perú. Los Aymaras de Puno.

TABLA 1

POBLACIÓN INDÍGENA SEGÚN GRUPO ÉTNICO

Grupo Étnico	Quechua	Aymara	Amazónica	Ashaninka
Población	7,097,000	603,000	245,000	55,000

* Incluye solo el grupo étnico de las regiones amazónicas: Huambiaa, Aguaruna, Camashto, Chipaota, Cocama Cocamilla, Chayabuitas o Shawis, Quichuas, Boras, Shipibo, Conibo, Coshibo, Isconahua, Ashaninka, Piro, Saranahua, Amahuaca, Cacataibo, Marinahua, Mastanahua, Culina, Harakmbut, Ese Eja, Matsigenka, Yine, Arabuaca, Yaminahua o Yora.

** Se separa la etnia ashaninka de la amazónica para resaltar que es el grupo con población más numerosa en relación a las otras, entre ambas tenemos que la población indígena en la selva es alrededor de 300 mil habitantes.

1.1.1. Interculturalidad, Discriminación y Salud

La relación entre discriminación étnico/racial y salud es compleja y se manifiesta en diversos niveles. En primer término, Nancy Krieger⁴ usa el término *embodiment* (“corporizar”) para dar cuenta del proceso a través del cual los seres humanos incorporamos biológicamente nuestras experiencias sociales y expresamos esa corporización en patrones de salud, enfermedad y bienestar. Según esa teoría, denominada “ecología social”, nosotros nos desarrollamos, crecemos, envejecemos, enfermamos y morimos. Esto necesariamente refleja una interrelación –dentro de nuestros cuerpos- de la intrínseca e inseparable historia social y biológica. Dentro de ellas están las prácticas personales de salud, donde se encuentran las medicinas tradicionales y el auto tratamiento.

Las diferencias culturales pueden tener una dimensión de “insensibilidad cultural” asociada a prácticas discriminatorias. Las posibles alternativas para remediar o, al menos, paliar este problema pasan por proponer cambios en la actitud existente entre los profesionales de salud. Respecto a las barreras -a nivel del profesional de salud-, se encuentran las características del profesional de salud, sus procedimientos médicos y prácticas, capacidades profesionales, comportamiento y un conjunto de creencias y prácticas. A nivel del sistema, los estudios identifican barreras en la consulta misma, las citas y el tiempo de espera, además del tiempo de la consulta y tratamiento.

Benavides y Valdivia (2004)⁵ analizaron la evolución de los indicadores vinculados a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Si bien a nivel nacional se ha alcanzado un progreso en los indicadores de salud, la brecha étnica se ha mantenido persistentemente alta.

El Foro Permanente de las Naciones Unidas junto con la UNESCO y la OMS, proponen un trabajo multidisciplinario con comunidades indígenas, integrando sus valores culturales, involucrándolos en la participación y toma de decisiones con respecto a temas de salud (1). Este acercamiento involucra explícitamente los dominios de justicia de acuerdo a las guías de la OMS *Indigenous Peoples & Participatory Health Research* que enfatiza los principios de cooperación igualitaria, transparente, de extensa consulta comunitaria, que responda a las necesidades en salud y prioridades de las personas indígenas (3, 8-16), con el reconocimiento y la participación política con las comunidades del cuarto mundo.

⁴ Krieger, Nancy; Rowley, Diane; Herman, Allen; Byllye, Avery, y Mona Phillips (1993). “Racism, sexism, and social class: implications for studies of health, disease, and well-being”, *American Journal of Preventive Medicine*, 1993; 9 (Suppl 6) :82-122

⁵ Benavides M. y Valdivia M. “Metas del milenio y la brecha étnica en el Perú.” Versión preliminar. Lima: GRADE, Diciembre 2004. 54 p.

PROPÓSITO Y OBJETIVOS



2. Propósito y Objetivos

El objetivo principal del estudio es “Realizar un estudio sociocultural de la cosmovisión y prácticas relacionadas a la salud respiratoria y la tuberculosis en los pueblos indígenas ashaninkas” y los específicos son:

2.1. Objetivos específicos:

- Identificar y comprender los significados atribuidos a la tuberculosis, sus causas, atención, tratamiento, severidad y secuelas en adultos varones, adultos mujeres, escolares, afectados por TBC, autoridad comunal y personal de salud en el pueblo ashaninka.
- Identificar las actitudes y prácticas de escolares, adultos varones, adultos mujeres, en relación al riesgo, diagnóstico, enfermar, tratar y prevenir la TBC en todas sus formas en el pueblo ashaninka.
- Identificar la información acerca de la salud respiratoria y la prevención TBC que se maneja entre los ashaninkas y las fuentes de información existentes y potenciales.
- Identificar un mapeo de actores, fortalezas, amenazas, oportunidades y debilidades de las comunidades para enfrentar a la enfermedad (promoción, prevención, atención, tratamiento) a niveles individuales y comunitarios.

ÁMBITO DEL ESTUDIO



3. Ámbito del Estudio

El pueblo ashaninka es una etnia amazónica perteneciente a la familia lingüística Arawak, llamados en épocas anteriores como antis, chunchos, chascosos, campas, thampas, komparias, kuruparias y campitis.

Los asháninkas han vivido dispersos en un vasto territorio que comprendía los valles de los ríos Apurímac, Ene, Tambo, Perené, Pichis, un sector del Alto Ucayali y la zona interfluvial del Gran Pajonal. Estaban organizados en pequeños grupos residenciales, compuestos alrededor de cinco familias nucleares bajo la dirección de un jefe local o curaca. Debido a las migraciones -por la violencia política como por la extracción de recursos forestales- este pueblo se ha movilitado hacia otros territorios, los cuales comparte con otras etnias; como sucede en el Bajo Urubamba, donde comparte espacio con los machiguenga.

En las dos últimas décadas, las estimaciones poblacionales para el conjunto de la sociedad ashaninka varían desde 25 300 habitantes como límite mínimo (Wise y Ribeiro, 1978) a 45 000 habitantes como máximo según cálculos hechos por Varese (1972), pasando por 28 000 de acuerdo a las estimaciones de Uriarte (1976) y por 37 000 en las apreciaciones de Chirif y Mora (1977). La información recogida por Mora (1994) indica un total de 33 279 ashaninkas censados en 208 asentamientos. El presente estudio tuvo como ámbito poblacional las comunidades ashaninkas de las provincias de Satipo y Coronel Portillo (Junín, y Ucayali respectivamente)

Estas provincias fueron seleccionadas por mostrar registro de casos de TBC según estadísticas oficiales de la ESNPCT⁶. Según los términos de referencia de esta consultoría se seleccionaron 5 comunidades nativas ashaninkas, que tuviesen una mayoría de población ashaninka⁷ y mayor accesibilidad para los equipos de trabajo de campo.

Las cinco comunidades en donde se realizó el estudio (Tabla N°2.) representan un aspecto de la actual realidad sociocultural del pueblo ashaninka. Se trata de comunidades muy cercanas a pueblos mestizos con los cuales hay un flujo de intercambios constante. Durante la época de la violencia fueron receptoras de los que huían de los grupos subversivos y buscaban amparo cerca de las ciudades. Por ese motivo, su población está conformada no solo por ashaninkas sino también por andinos, yanesha, nomatsiguenga y matsiguenga. Estas comunidades casi no practican sus actividades productivas tradicionales (caza, agricultura de roza y quema, pesca). Se trata de comunidades con mayor grado de aculturación que aquellas del Río Ene, que conforman otro aspecto de la realidad de esta etnia.

⁶ Reporte de Casos de TBPF 2008 por Establecimiento de Salud y Reporte Consolidado para Población Indígena con TBC

⁷ Con el devenir del tiempo y las circunstancias históricas que ha atravesado el pueblo ashaninka, actualmente dentro de las comunidades ashaninka conviven colonos preferentemente de origen andino, otras etnias amazónicas (yanesha, nomatsiguenga) y los mismos ashaninkas.

METODOLOGÍA DESARROLLADA



4. Metodología Desarrollada

4.1. Tipo de estudio

Cohorte etnográfico: Tipo cohorte etnográfico, en el que se han articulado estrategias cuantitativas y cualitativas en la recolección y análisis de la información.

4.2. Sujetos

- Población ashaninka mayores de 18 años viviendo en el área de estudio.
- Personas afectadas por TBC residentes en las CC.NN ashaninkas.
- Autoridades de las CC.NN.
- Escolares de los últimos grados de nivel secundario de colegios ubicados en CC.NN ashaninkas.
- Personal de Salud de los establecimientos de salud de las CC.NN.
- Informantes Clave de las CC.NN: (Promotores de Salud, Jóvenes profesionales que trabajan en o para la comunidad, personas mayores con sabiduría nativa).

4.3. Área de estudio

El estudio se realizó en 5 comunidades ashaninkas de las regiones Junín (4 comunidades), y Ucayali (1 comunidad). La elección de las comunidades fue por conveniencia; se utilizó los datos de incidencia de TBC en el 2008 por establecimiento y distrito, datos de incidencia de TBC en afectados ashaninkas, e información brindada por el CAAAP en relación a facilidades al acceso en las comunidades.

4.4. Variables del Estudio

Las variables de este estudio se apoyan en teorías que intentan explicar los factores socio-culturales que configuran las creencias y valores médicos de los individuos. Específicamente se han utilizado las teorías que enfatizan las estructuras cognitivas que subyacen en los relatos individuales sobre la enfermedad (Kleinman *et al* 1978, Good 1977). En tal sentido, nos apoyamos en los trabajos socio antropológicos sobre “modelos explicativos de la enfermedad” (Kleinman 1981) y en trabajos sobre la salud y enfermedad de pueblos indígenas amazónicos (Cárdenas, 1989; SSL 2008; Santos y Barclay, 2005).

TABLA 2

POBLACIÓN INDÍGENA SEGÚN GRUPO ÉTNICO

Departamento	Provincia	Distrito	Comunidad	Establecimiento	Distancias en carro a provincia	Número familias	Población mayor de 18 años	Población total
JUNÍN	SATIPO	SAN MARTÍN PANGO	AGRUPACION ASHANINKA	C.SAN MARTIN PANGO	90 minutos de Satipo por carretera	21	60	125
		MAZAMARI	TEORIA	P.S.HERMOSA PAMPA	45 minuto de Satipo por carreteras	70	97	288
		RIO NEGRO	CUSHIVIANI	P.S.CUSHIVIANI	45 minuto de Satipo por carretera s	37	90	250
		PUERTO BERMÚDEZ	PUERTO OCOPA	C.S.PUERTO OCOPA	2 horas de Satipo por carretera	185	-350	-850
UCAYALI	ATALAYA	RAYMONDI	SAPANI	C.S.ATALAYA	2 horas a Puerto Ocopa luego 06 a 09 horas por rio a Atalaya	61	127	289
TOTAL							724	1302

4.4.1. Métodos y Técnicas

Para este estudio se articularon estrategias cuantitativas y cualitativas en la recolección y análisis de los datos. Consideramos que esta estrategia mixta ha permitido una triangulación metodológica acorde con estudios -como el presente-, sobre aspectos socioculturales de la salud pública

Para el componente cuantitativo se utilizaron encuestas poblacionales y para el componente cualitativo se utilizaron técnicas de recojo de información como entrevistas a profundidad y trabajo en grupos focales.

4.4.2. Proceso de validación de instrumentos

Los instrumentos correspondientes a cada una de estas técnicas utilizadas fueron diseñados y validados (ver instrumentos en anexo 3). Previo al inicio del viaje a la zona de Junín y Ucayali, se realizó en Lima un proceso de validación de las encuestas y guías de entrevistas. Este proceso fue realizado conjuntamente con un líder de una comunidad ashaninka y dos ashaninkas residentes en Lima. La encuesta y las entrevistas fueron revisadas nuevamente durante el taller de capacitación del equipo de campo seleccionado. Este evento se realizó en Junín. Se modificaron algunas de las preguntas a un lenguaje más comprensible y se midió el tiempo que tomaría realizar dichas entrevistas.

4.4.3. Muestra y selección de sujetos

a) MUESTRA (PROBABILÍSTICA) para la encuesta poblacional.

Las comunidades fueron seleccionadas considerando que tuviesen un porcentaje mayor al 70% de personas con lengua materna ashaninka. Los datos estadísticos fueron tomados del INEI, información brindada por el CAAAP. Se eligieron los distritos con mayor número de casos de TBC, según los datos entregados por la Estrategia Sanitaria Nacional de Tuberculosis (ESNTB). De acuerdo a estos datos (ver Cuadro 2) se hizo un cálculo muestral inicial por comunidad utilizando la formula indicada:

Varianza (P*Q) = 0.5*0.5

Error relativo del 5%

Coefficiente de confianza del 95%: Z = 1.96

Población Mayor de 18 Años según Censo del 2007: N = 458 personas

Efecto de diseño: EFD =1.1%.

S: Desviación Standard

d: Error Standard

Por último, para prever la perdida de observaciones en campo, por motivos de rechazo de los informantes y defectos del marco, y preservar el grado de precisión se agregó al tamaño de muestra inicial la cantidad correspondiente al 10% de la muestra original por efecto del diseño.

$$n = \frac{Z_{1-\alpha}^2 * S^2 * N}{Z_{1-\alpha}^2 * S^2 + d^2 * (N-1)} * EFD$$

Reemplazando estos valores en la formula: n= 250

Sin embargo, una vez en campo se constató que el 40 a 50% de la población se encontraba fuera de la comunidad, (por motivos de época del año, venta de sus productos y lluvias). Los datos poblacionales variaban en relación a la información utilizada previamente, siendo verificados en campo con los registros o padrones de las comunidades. Estas razones fueron suficientes para modificar la metodología, optando por la estrategia de barrido poblacional. Con esta metodología se alcanzó una muestra global de 391 encuestados.

b) MUESTRA (INTENCIONADAS NO PROBABILÍSTICAS) PARA LAS TÉCNICAS CUALITATIVAS

a) Personas ashaninkas afectadas por TBC

- Hombres y mujeres ashaninkas residentes en las comunidades seleccionadas para este estudio por un mínimo de 6 meses.
- Se utilizó la “Guía de entrevista para afectados de tuberculosis en comunidades ashaninkas”

- Este estudio consideró como personas afectadas por TB a:

>Enfermos TB:

- Con diagnóstico médico (TBC simple , TB MDX, TBXDR)
- Sospechoso: Casos sin diagnóstico médico de TB pero presentan los signos y síntomas característicos de los enfermos tebecianos: tos con expectoración por más de 15 días, pérdida de peso, sudoración y fiebre, decaimiento generalizado.

>Curados: con diagnóstico médico de cura.

>Fracasos: por abandono de tratamiento oficial o muerte.

La selección de afectados incluye pacientes y sus familiares en caso de muerte o ausencia y tratar de guardar proporción similar de mujeres y hombres.

Hemos utilizado la categoría “**sospechoso**” en el estudio, atendiendo al hecho del escaso número de afectados, con diagnóstico médico, encontrados en registros de los establecimientos de salud –ubicados en Lima-, que atienden a las comunidades nativas seleccionadas. Este registro fue analizado con la monitora de SES y se llegó a la conclusión que no significaba la ausencia de casos de TB, probablemente denotaba las dificultades en la oferta y demanda del servicio de atención y control de esta enfermedad. Se decidió trabajar también con los “sospechosos”; es decir casos sin diagnóstico médico de TB, pero que presentan los signos y síntomas característicos de los enfermos tebecianos.

Para la búsqueda de estos casos se recurrió a 2 estrategias: a) los considerados “sospechosos” por el propio promotor (ora) de salud (o por el propio personal de salud del establecimiento de salud) b) los detectados a través de la aplicación de la Encuesta y Guías de Entrevistas de este estudio.

b) Autoridades de las comunidades nativas ashaninkas consideradas en el estudio

- Se considera aquí al Jefe de la Comunidad, o Sub-Jefe, o miembro de la Junta Directiva que en el momento de la visita represente políticamente a la comunidad.
- Se utilizó la “Guía de Entrevista para Autoridades Comunales e Informantes clave”

c) Personal de Salud de los establecimientos de salud y comunitario existentes en la C.N.

- Se consideró aquí al médico, o enfermera, o técnico responsable del establecimiento de salud de las comunidades del estudio.
- Además, se consideró al promotor o promotora de salud de la comunidad para el programa PCT, o para la promoción de la salud en general.
- Se utilizaron la “Guía de Entrevista para Personal de Salud”

d) Hombres y mujeres ashaninkas de las comunidades nativas del estudio.

- Además de las entrevistas de profundidad, en cada comunidad, se realizó un grupo focal con mujeres, y un grupo focal con hombres.
- Para estos grupos focales, se consideró hombres y mujeres ashaninkas, adultos (mayores de 18 años) residentes por un mínimo de 6 meses en la comunidad. Estas personas preferentemente no tenían que ser afectados por TBC, porque uno de los objetivos del trabajo con este grupo es la percepción de la TBC como riesgo de enfermedad.
- Se utilizó la “Guía de Trabajo de Grupo Focal” .

e) Escolares de Nivel Secundario de las comunidades del estudio.

- En cada comunidad se intentó realizar un grupo focal con escolares, no se logró realizar en todas ellas debido a que los escolares se encontraban de vacaciones.
- En los grupos focales realizados se consideró a escolares de nivel secundario (los últimos grados) de los colegios de las comunidades nativas con una edad mínima de 15 años, hombres o mujeres.
- Se utilizó la “Guía de Trabajo de Grupo Focal”.

f) Otros Informantes clave de las comunidades no determinados previamente

- Para este estudio se consideraron informante clave a:
 - >Agente de la medicina tradicional (curandero, partera, sobador, etc.)
 - >Representante de una iglesia: pastor evangélico o sacerdote católico.

- >Representante en la comunidad de un proyecto vinculado al tema de TB o de salud en general (personal de ONG).
 - >Delegado de Barrio.
 - >Maestro o Maestra.
 - >Otros.
- Se utilizó la “Guía de Entrevista para Autoridades Comunales e Informantes clave”
- El siguiente cuadro en la Tabla N 3 muestra la información obtenida en cada comunidad:

TABLA 3
APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS

APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS	1. C.N. Agrupación ashaninka	2. C.N. Teoría	3. CN de Cushiviani	4. CN de Puerto Ocopa	5. CN de Sapani	TOTAL DE INFORMANTES
A. Encuesta poblacional (Mayores de 18 años)	42	70	60	156	62	390
B. Entrevistas a profundidad						
1. Personas afectadas por TBC	6	5	5	4	3	23
2. Personal de Salud	2	2			2	6
Autoridad comunal	1	1			1	3
3. Informantes Clave de la comunidad (no previamente identificados)	3	1	2		3	9
B. Grupos focales						
1. Grupo de Hombres	1	1	1		1	4
2. Grupo de Mujeres	1	1		1	1	4
3. Grupo de Escolares	1	1	1	1		4
TOTAL	15	13	9	6	11	54

4.4.4. Análisis de Datos:

Para el análisis cualitativo: Los datos recolectados de las preguntas abiertas, las opiniones vertidas en los grupos focales, entrevistas a profundidad fueron categorizadas. Para el análisis de la información cualitativa se utilizó el ATLAS.ti que además de la codificación permitió elaborar documentos resumen con las principales ideas de cada categoría, incluyendo citas textuales significativa (ver anexo)⁸. Se elaboraron documentos-resumen con las principales ideas de cada categoría, incluyendo citas textuales significativas. Se hicieron lecturas horizontales de estos documentos-resumen que vinculados a los datos de tipo cuantitativo de la encuesta permitieron una mejor aproximación al conocimiento de las opiniones, percepciones e información de la población estudiada.

Para el análisis cuantitativo: Los datos de la encuesta poblacional fueron compilados en una base de datos y se analizaron mediante el paquete estadístico EPI INFO v.3.4. Los datos han sido descritos mediante frecuencias y medidas de dispersión. Todos los intervalos de confianza serán al 95 % y se considerará significativo resultados con un $p < 0.05$.

Unidad de muestreo: Población nativa de las 5 comunidades ashaninkas en los departamentos seleccionados.

Unidad de análisis: Personas mayores de 18 años que se consideran ashaninkas y que residen por lo menos 6 meses en las comunidades seleccionadas.

⁸ Además del programa computarizado para el análisis, se empleó una “base de datos propia”, producto del análisis “manual” de cada dato recogido.

PERFIL ETNOGRÁFICO DE LOS ASHÁNINKAS



5. Perfil etnográfico de los ashaninkas

Los ashaninkas constituyen uno de los pueblos indígenas más importantes de la Amazonía peruana. Según datos del Censo de 1,993 la población total de este grupo es de 52,461 representando el 21.89% del total de la población indígena censada.

Actualmente, las comunidades ashaninkas se ubican en la región del país conocida como "Selva Central". Esta región comprende las provincias de Chanchamayo del departamento de Junín y la provincia de Oxapampa del departamento de Pasco. También pertenece a la Selva Central una parte de la región Ucayali, fronteriza con la zona antes mencionada. La mayor parte de este territorio está ubicado en la selva alta, por ello, esta región ha sido conocida tradicionalmente como "la montaña". Debido a las características geográficas del territorio tradicional ashaninka, principalmente por su cercanía a la costa y a ciudades importantes de la sierra, la Selva Central constituye una región estratégica, tanto económica como políticamente. Por ello, el pueblo ashaninka ha sufrido a lo largo de los siglos la presión de la gente foránea, frente a la cual se ha visto obligada a defender sus tierras y su cultura (Fabián y Espinosa 1997: 11-12).

5.1. Síntesis Histórica

Sabemos poco sobre los orígenes de los ashaninkas. Según los estudios de Lathrap (1970: 117-123), parece que los antepasados de esta etnia llegaron al Ucayali Central alrededor de 200 A.C. procedentes de la región donde el río Negro desemboca en el Amazonas, de una cultura llamada Hupa-ya. Posteriormente, por el 100 D.C fueron desplazados por otros migrantes y se retiraron a los valles del Chanchamayo, Perené y Bajo Apurímac.

Según Mora y Zarzar (1997:38) con anterioridad al contacto europeo, los ashaninkas mantenían relaciones de intercambio con las poblaciones andinas, hecho atestiguado por las hachas de bronce halladas en el territorio de este grupo. Estas rutas de intercambio continuaron siendo empleadas por los comerciantes de la zona de Tarma tras el contacto europeo, obteniendo así herramientas de metal. A partir de 1635, los ashaninkas comenzaron a ser evangelizados por dominicos y franciscanos, siendo estos últimos quienes constituyeron efectivamente la presencia del Estado colonial español en dicho territorio. Según estos mismos autores, los franciscanos fundaron una misión para los ashaninkas y amueshas cerca del actual La Merced, trazándose por objetivo el control del Cerro de la Sal. Sin embargo, las epidemias que asolaron esta zona, así como la rebelión de Juan Santos Atahualpa en 1742 conllevaron el término de la actividad misional, cerrándose la región a colonos y misioneros por cerca de cien años.

En 1869 se fundó la ciudad de La Merced que trajo como consecuencia el sometimiento de los ashaninkas de Chanchamayo. Durante el auge de la extracción del caucho, los ashaninkas del río Pichis se levantaron en rebelión contra los caucheros esclavistas en 1889 y 1913. También resistieron, durante el periodo de la segunda guerra mundial, cuando hubo un nuevo auge del caucho (Regan 1993:36). En algunos casos se hacían correrías para llevar a los ashaninkas atados a un lugar del río Amazonas cerca de Tamshiyacu, para venderlos, según testimonios de habitantes del río Ucayali. En 1965 los ashaninkas, especialmente los de las zonas de Satipo y el Gran Pajonal, se vieron involucrados en la violencia generada por las guerrillas del Movimiento de Izquierda Revolucionaria (Brown y Fernández 1991).

En 1974, el Estado peruano creó la Ley de Comunidades Nativas que otorgó a los grupos indígenas garantías sobre sectores del territorio tradicional. Las aldeas que habían aparecido como resultado de las etapas de contactos anteriores se acogieron a esta legislación y, bajo la presión de la colonización del territorio por los campesinos andinos, se fueron creando muchos otros asentamientos.

5.2. Conflicto armado interno

Entre 1986 y 1996, los ashaninkas fueron víctimas de la violencia desatada por los grupos subversivos Sendero Luminoso y MRTA (Mora y Zarzar 1997: 38). Estos grupos subversivos desarrollaron desde finales de la década de los ochenta una clara estrategia de acoso y presión sobre las comunidades y dirigentes ashaninkas en los principales valles de la Selva Central, buscando crear las denominadas "bases de apoyo" e intentando incorporar a sus movimientos, forzada o voluntariamente, a importantes sectores de esta población (Espinosa 1995).

Las ejecuciones efectuadas por Sendero Luminoso y el MRTA en contra de importantes dirigentes ashaninkas y el ataque despiadado contra estas comunidades dieron origen a la formación de mecanismos de defensa, la creación de rondas y comités de autodefensa. Este sistema de crear sistemas de autodefensa fue apoyado por las fuerzas armadas y policiales como un mecanismo de frenar los embates de la subversión, multiplicándose aceleradamente. Espinosa (1995:125) calcula que a mediados de 1990 existían entre diez y catorce mil ronderos en toda la provincia de Satipo.

El impacto sobre la población ashaninka fue enorme, no solo por el alto costo en vidas humanas, sino por el severo impacto producido sobre los sistemas tradicionales de organización social y económica. Cientos de pobladores, hombres, mujeres y niños fueron esclavizados por Sendero Luminoso y múltiples comunidades fueron abandonadas al no encontrar allí sus moradores garantías necesarias para sus propias vidas. Espinosa (1995:123) señala que a inicios de 1991, unos 10,000 ashaninkas se encontraban en manos de Sendero Luminoso y que, en ese mismo año, solo en la región del río Ene fueron rescatados 2,800 cautivos por dicho grupo. La población desplazada por la violencia de sus comunidades originales se dispersó en el bosque o pasó a constituir en el territorio de otra comunidad, los llamados "núcleos poblacionales", donde contaban con mecanismos de protección propia, fuertes rondas de autodefensa o recibían temporalmente el apoyo de las Fuerzas Armadas. Se estima que, entre 1993 y 1994 existían entre 8 a 10 mil ashaninkas desplazados de sus propios asentamientos (Rodríguez 1993:41; Espinosa 1995:123) y que entre marzo a setiembre de 1994 llegaron en calidad de refugiados entre 1,000 y 1,500 personas a los denominados "núcleos poblacionales".

A partir de 1991 se comienza a producir una fuerte contraofensiva militar contra los grupos subversivos en la Selva Central. En el Tambo y en el Ene, la población indígena conforma por iniciativa propia el "ejército ashaninka", llamado "rondas nativas", y luego se formalizan como comités de autodefensa. Con el apoyo del Ejército realizan patrullas de rescate de sus hermanos y recuperan su territorio. Gracias a esta lucha, muchas comunidades fueron "recuperadas" de manos de SL y pudieron retornar a sus antiguas tierras. En la carretera marginal y parte del Ene, la población colona también tenía la iniciativa de conformar las rondas o comités de autodefensa. Sin embargo, la población civil sufrió la polarización existente entre los grupos subversivos y las fuerzas del orden, generándose una serie de conflictos alrededor de ello. Hacia 1994, SL se encontraba debilitado, lo que facilitó el proceso de pacificación en muchas zonas de la región.

5.3. Secuelas de la Guerra

Las consecuencias de la violencia en las comunidades ashaninkas directamente impactadas trajo desestructuración del tejido social, la pérdida de oportunidades de desarrollo, traumas de la guerra, (Villapolo y Vásquez, 1999, CAAAP). Si bien, se ha producido la derrota política de SL y del MRTA en todo el país, todavía la zona de selva central, territorio tradicional de los ashaninkas, mantiene focos de violencia por incursiones narcoterroristas.

A pesar que la historia de este pueblo tiene como constante la violencia producto de la colonización, narcotráfico, incursiones de movimientos terroristas, etc. demuestra también como constante histórica, su capacidad de sobrevivencia, de unirse para enfrentar amenazas y de avanzar a pesar de todo.

5.4. Organización Social

Los ashaninkas presentan una regla de descendencia de tipo bilateral según la cual reconocen como cualitativamente iguales las relaciones del lado del padre como de la madre. Así, en este sistema, el grupo está constituido por todas las personas con las que un individuo establece un vínculo genealógico, parentela cognática egocentrada constituida por la combinación de las redes de parientes del padre y de la madre del individuo (Mora y Zarzar 1997:39).

5.5. Actividades Económicas

Se practica una agricultura de subsistencia, siendo los principales cultivos la yuca, el plátano, el maíz, el maní, la sachapapa, la pituca, el camote, el arroz, el frijol, los cítricos, la caña de azúcar, la piña etc. A fin de complementar la cantidad de proteína obtenida en estas últimas actividades, los ashaninkas crían hoy en día aves de corral. El ashaninka vende su fuerza de trabajo en actividades extractivas y de producción agrícola y pecuaria, esto responde a las condiciones de monopolio de la comercialización, las dificultades de transporte y los bajos precios de sus productos agropecuarios (Santos 1990)

Sin embargo, en zonas mejor conectadas al sistema de vías y con un mercado local desarrollado los ashaninkas han optado por la producción agrícola directa. Esto se da especialmente en las comunidades localizadas en los valles de los ríos Perené y Satipo, dedicadas al cultivo del café y achiote. En otras zonas se producen para el mercado los cítricos, el maíz duro y arroz. Estas actividades son una estrategia de supervivencia frente a la creciente presión sobre las tierras y la escasez de recursos animales y forestales que no permiten el desarrollo de las actividades productivas tradicionales.

5.6. Educación

Los datos del censo de población de 1993 señalan para los ashaninka un nivel de analfabetismo de 39% entre las personas de cinco años y más. El nivel educativo alcanzado por esta población es bajo: 32% de quienes tienen cinco años y más no poseen nivel alguno de instrucción y para el 51% de la misma, la educación primaria-muchas veces incompleta- es el más alto grado de educación alcanzado. Solo 9% de la población accedió a estudios secundarios y 1% al nivel de educación superior, del cual únicamente 23% culminó sus estudios universitarios (68 personas).

5.7. Aspectos de su sistema médico tradicional

Tradicionalmente para los ashaninkas las enfermedades son el resultado de un daño que se cura mediante un baño de vapor, yerbas mágicas como el piri-piri y sesiones de ayahuasca o de ingesta de jugo concentrado de tabaco. Esta curación es efectuada por el curandero –denominado sheripiari-, el cual intentara devolver el daño a quien lo originó.

♦ | RESULTADOS



6. Resultados

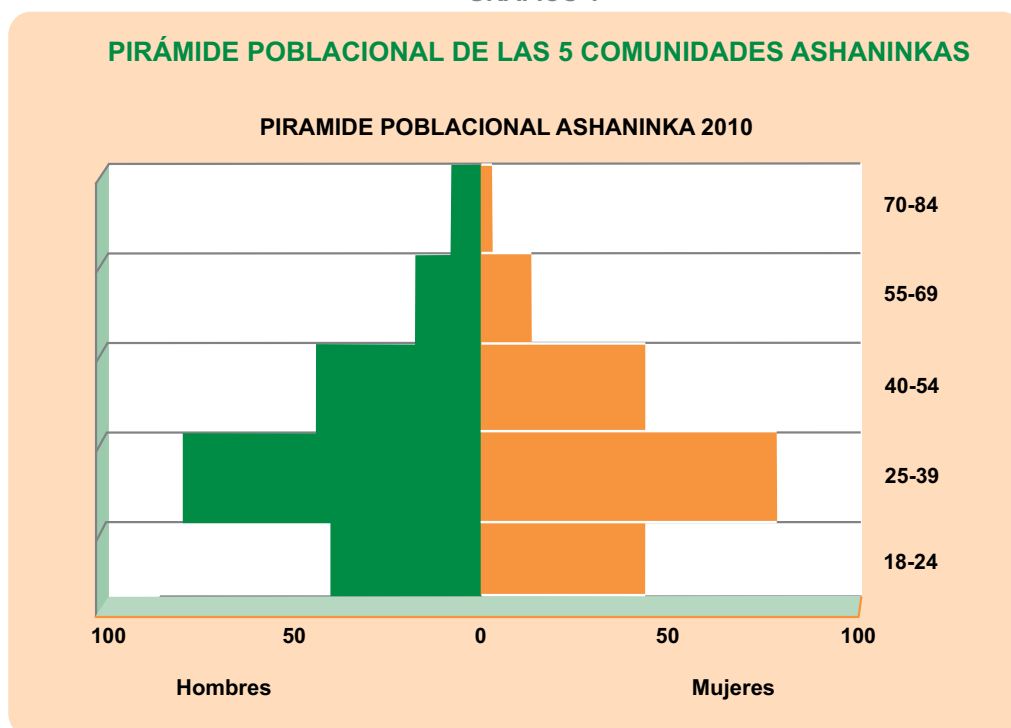
6.1. Resultados sociodemográficos

6.1.1. Características sociodemográficas de la población de estudio en comunidades ashaninkas

La pirámide poblacional de las comunidades seleccionadas muestra a una población en crecimiento con un 42,5% distribuida entre las edades de 25 y 39 años (ver Gráfico 1).

Casi todos los encuestados se dedican a la agricultura y/o actividades dentro del hogar y comunidad. De las personas mayores de 18 años encuestadas (391) el 44,7% tiene primaria; 24% incompleta y 20,7% completa. 30,7% tiene estudios de secundaria; (secundaria completa 12,8% e incompleta 17,9%). 62% son convivientes.

GRÁFICO 1



* Información de la encuesta poblacional.

6.1.2. Características de las viviendas en la población ashaninkas de estudio

Las características de las viviendas en las comunidades seleccionadas son típicas de esa región: Piso de tierra, estructura de madera y/o caña, techo a dos aguas de palmeras, abiertas y cerradas con pocas o ninguna ventana. Pueden ser completamente cerradas o abiertas.

En promedio, el tiempo de construcción de las viviendas es de 10 años. Son de un solo piso, tienen dos cuartos o compartimentos. En cada casa hay un promedio de cinco personas permanentes por vivienda, un promedio de cuatro personas duermen en un cuarto (índice de hacinamiento 4).

6.1.3. Caracterización sociodemográfica por comunidad

(a). Comunidad de Agrupación Ashaninka, provincia de Satipo, distrito San Martín de Pangoa, Junín.

El ingreso a esta comunidad es por vía terrestre, aproximadamente a 30 minutos desde San Martín de Pangoa y 1.15 hora desde Satipo. La población está conformada aproximadamente con el 70% de ashaninkas y el 30% de colonos de las zonas andinas de Ayacucho, Huancayo, Según información recogida, esta comunidad se apartó del sector llamada Bajo Celendín, por ese motivo se encuentran mezclados ashaninkas y colonos. Existe mucha pobreza, desnutrición enfermedades en las familias ashaninkas. El espacio de producción por familia es de aproximadamente 2.5 has. que resulta reducido para la población en crecimiento. La producción agrícola está conformada principalmente por el cacao, yuca y café, destinados mayormente a la comercialización, muy poca se emplea para la seguridad alimentaria. La comunidad carece de servicios básicos como luz, viviendas, desagüe, teléfono y solo cuentan con agua entubada. La comunidad carece de un establecimiento de salud, para recibir atención se dirige al Puesto de Salud de San Martín de Pangoa o al Hospital San Ramón de Pangoa ubicados a 30 a 45 minutos en mototaxi y a un costo aproximado de 10 nuevos soles.

La comunidad tiene una extensión aproximada de 30 hectáreas. La distribución de las casas es dispersa. A los encuestadores les tomaba 30 a 60 minutos desplazarse de casa en casa. Según datos poblacionales brindados por el Jefe de la comunidad -revisados en el padrón comunal-, hay un total de 22 familias, con un total de 125 pobladores, de estos 60 son mayores de 18 años. Se encuestó al 95% de la población mayor de 18 años que se encontraba en el momento de la visita, sumando un total de 42 encuestas.

(b). Comunidad de Teoría, provincia de Satipo, distrito de Mazamari, Junín

El ingreso a esta comunidad es por vía terrestre, 20 minutos desde Mazamari y a 50 minutos desde Satipo. El costo de movilidad es de 30 nuevos soles desde Satipo, ida y vuelta.

Según datos poblacionales del censo realizado el 2010 por la municipalidad e información proporcionada por el Jefe de la comunidad; hay 70 familias, con un total de 288 pobladores, de los cuales 97 (58 hombres y 39 mujeres) son mayores de 18 años. Su población es 95% ashaninkas, 5% entre nomatsiguenga y colonos de la sierra de Ayacucho. Cuenta con servicios básicos como luz eléctrica, agua entubada, un botiquín comunal a cargo de un técnico de la salud, carecen de desagüe, pistas, teléfono, viviendas de concreto).

Sus viviendas están distribuidas de lotes de terreno de aproximadamente 500 m². construidas con materiales de la zona (palos redondos, madera aserrada, son ventiladas y tienen suficiente espacio para su jardín y huerto. Producen básicamente cacao, café y plátanos para la comercialización, descuidándose en gran parte de plantas nativas como zapallos, pitucas, tumbos, camote. Alquilan sus terrenos a terceros –el alquiler se realiza anualmente- para sembríos de piña, papaya, etc. La aceptación de la población para la encuesta fue casi total, 98%. Se aplicaron un total de 71 encuestas poblacionales.

(c). Comunidad de Cushiviani, provincia de Satipo, distrito de Río Negro, Junín

La comunicación es por vía terrestre 45 minutos desde Satipo. Cuenta con una posta de salud atendida por un promotor de salud quien realiza los esputos y lleva a los enfermos al centro de salud de Río Negro, a 25 minutos de distancia en mototaxi y a un costo de 3 soles aproximadamente.

Su producción consiste básicamente en cacao, yuca, café, plátanos para la comercialización. La comunidad cuenta con servicios básicos como agua pero carece de desagüe, pistas, teléfono, viviendas de concreto. Las viviendas son construidas con materiales de la zona (palos redondos, madera aserrada), solo el puesto de salud se encuentra bien equipado. Las casas se encuentran, relativamente cerca una de otra, a orillas del río Cushiviani y a lo largo de la carretera.

La población de Cushiviani es 95% ashaninkas. Según datos poblacionales del padrón comunal, brindados por el Jefe de la comunidad, hay 31 familias, con un total de 250 pobladores, de los cuales 90 (49 hombres y 41 mujeres) son mayores de 18 años. Se encuestó al 95% de la población mayor de 18 años que se encontraba en el momento de la visita, sumando un total de 60 encuestas.

(d). Comunidad de Puerto Ocopa, provincia de Satipo, distrito de Puerto Bermúdez, Junín

La comunicación es vía terrestre desde Satipo a 2 horas hasta la comunidad. Cuenta con una cabeza de red, el centro de salud de Puerto Ocopa que dispone de un médico, médico serumista, odontólogos y enfermeras en diferentes especialidades, una de ellas encargada de la estrategia nacional de tuberculosis.

Puerto Ocopa está ubicada estratégicamente para el ingreso de pasajeros a diferentes lugares como el Ene, Valle Esmeralda, Atalaya, Obenteni. Cuenta con tres vías de acceso terrestre, fluvial y aéreo. En la comunidad existe un aeródromo reconocido por el Ministerio de Transporte y Comunicaciones.

La comunidad tiene una extensión de 2000 Hectáreas. Sus terrenos agrícolas se alquilan a terceros para sembríos de papaya, piña, maíz y otros a cuenta de mejora de sus cultivos con cítricos o cacao; hay crianza de ganados criollos, gallinas criollas. Su principal producción es el plátano, que comercializan a regatones en la misma comunidad. Tienen otros ingresos como alquiler de terreno con kioscos o viviendas a colonos en la zona denominada Puerto Chata, las ganancias son mensuales y distribuidas entre los comuneros. En dicho puerto, diariamente hay grandes movimientos de dinero, existe presencia de narcotraficantes, prostitución, cantinas y venta de comida.

Según datos poblacionales del padrón comunal, brindados por el establecimiento de salud, hay un total de 185 familias, con una población estimada de 850 habitantes. De esta población, 350 personas son mayores de 18 años. Su población es desnutrida, presentan paludismo, parasitosis, etc. Sus servicios básicos son luz eléctrica, agua entubada, teléfono, internet, parabólica. Cuenta con niveles educativos desde inicial, primaria, secundaria hasta superior (Instituto), hay una misión católica que alberga a niños de los valles del Ene y Tambo con religiosas y religioso. Las viviendas de la comunidad están agrupadas y distribuidas en lotes de aproximadamente 1000 m². Ha sido una población afectada durante la época del conflicto armado, siendo desplazados a esta zona.

En esta comunidad se agrupó y se encuestó a todas las familias presentes. Se logró casi un 90% (156) de encuestas de todas las personas presentes en la comunidad. Se completó el componente cualitativo, el cual tuvo dificultades en concertar los grupos focales, en especial con escolares, debido a que la mayoría se encontraba fuera de la comunidad. Durante la estadía se detectó un caso de TBC MDR, proveniente de la comunidad de Sheboja, a una distancia de 6 horas de Satipo. Fue referido para el tratamiento adecuado. El caso fue supervisado hasta Satipo para las coordinaciones respectivas con la ESNTB.

(e). Comunidad de Sapani, provincia de Atalaya, distrito de Raymondi, Ucayali

El ingreso a Atalaya fue Vía Satipo, 2 horas en auto desde Satipo hasta Puerto Ocopa. Desde ahí se toma una embarcación hacia Atalaya. El bote tarda entre 6 a 9 horas en río -depende si se va a favor o contra corriente-. La comunidad de Sapani está asociada a la federación OIRA. Se ubica a hora y media en mototaxi, o a 3 horas de caminata, desde Atalaya.

Su población se dedica netamente a la agricultura, sus productos básicos son la yuca, gallinas criollas, plátanos, cultivos con cítricos o cacao. Carece de servicios básicos: luz eléctrica, agua entubada, teléfono. Cuenta con niveles educativos desde inicial y primaria. Es una población que padece desnutrición crónica, paludismo, parasitosis, etc.

La distribución de las casas es dispersa. A los encuestadores les tomaba 30 a 60 minutos en desplazarse de casa en casa. Se encuestó al 95% de la población mayor de 18 años que se encontraba en el momento de la visita, sumando un total de 62 encuestas. Se logró identificar a dos informantes claves, el agente comunitario y el promotor de salud.

Según datos poblacionales del padrón comunal del 2010, brindados por el Jefe de la comunidad, hay un total de 61 familias, con una población de 289 habitantes. De esta población, 127 personas (70 hombres y 57 mujeres) son mayores de 18 años.

TABLA 4

Dato sociodemográfico	Frecuencias (%)					
	Global	Asociación Ashaninkas	Teoría	Cushiviani	Puerto Ocopa	Sapani
1. Población total obtenida en campo*		125	288	250	350	289
2. Número de encuestados (> 18 años)	391 (100%)	42 (10,7%)	71 (18,2%)	60 (15,3%)	156 (39,9%)	62 (15,9%)

6.2. Resultados cuantitativos de la encuesta poblacional

Se aplicó la encuesta poblacional a 391 personas distribuidas de la siguiente forma: 42 Asociación Ashaninkas, 51 en Teoría, 60 en Cushiviani, 156 en Puerto Ocopa y 62 en Sapani. Tabla N° 4.

6.2.1. Percepción y conocimientos de la enfermedad

Los entrevistados demostraron manejar información suficiente para identificar síntomas relacionados a la TB. A través de la encuesta se exploraron 12 síntomas asociados a la tuberculosis: Dolor de cabeza, dolor de cuerpo, dolor de pecho, falta de apetito, decaimiento, sudoración nocturna, tos con flema, tos con sangre, fiebre, pérdida de peso, falta de sueño, vómitos.

Se observa que un promedio de 60.93% de la población encuestada reconoce cada uno de estos síntomas, el 17,8% no los reconoce y un 21% no sabe o no respondieron a la pregunta. El síntoma más asociado a la TB es el “cansancio” (73,1%), la “baja de peso” 70,6%) y tos con flema (68,8%). En la percepción de los encuestados el “vómito” parece no estar muy asociado con la TB (30,9%).

Del total de encuestados, al preguntarles cómo se llama esta agrupación de síntomas, solo 5,9% responde que es tuberculosis. Un bajo porcentaje (6,9%) le dieron un nombre específico en ashaninka “Atojerantsi”. Un 42,2% no sabía o no opinó al respecto. (Tabla N° 5)

TABLA 5

Como nombran/engloban a todos estos síntomas	Global	Frecuencias
1. Tuberculosis	23/391	(5,9%)
2. Paludismo	9/391	(2,3%)
3. Tos (Gripe, tos seca, fuerte, de bronquios)	83/391	(21,2%)
4. Bronquios	7/391	(1,8%)
5. Mal del pulmón	18/391	(4,6%)
6. Atojetansi y/o Atojerantsi	27/391	(6,9%)
7. Kamantsi	16/391	(4,1%)
8. Amerentsi	5/391	(1,3%)
9. Otros *	38/391	(9,7%)
10. No sabe/ No opina	165/391	(42,2%)

* (Yatojeti, Shankaro, Natojeti, Mal de caja, Atapii, Epidemia, Anemia, Itapi, Natojetake)

Cuando se pregunta por la causa o factores que predisponen a sufrir la enfermedad, 52,9% la asocia a la mala alimentación o desnutrición, 29,8% la relaciona al frío - mojarse/humedad (29,8%) o enfriarse/resfriarse (24,6%)-. 24,6% la asocia al descuido personal.

Por otro lado, son muy pocos (4,4%) quienes asocian esta enfermedad a un contagio directo con personas con tuberculosis.

Al preguntar a los encuestados cómo le “agarra” la enfermedad, el 78,3% reconoce o afirma que es a través del aire, al estornudar o toser; un 78% al compartir alimentos y utensilios; y un 64,7% afirma que por convivir con una persona con tuberculosis. Esto último se contrasta con la pregunta antes realizada, respondida por un 4,4% en relación al contacto con personas con tuberculosis. Curiosamente 41,9% afirma que esta dolencia se transmite a través de relaciones sexuales. Otros en un 28,6% afirman que es hereditario. Estas dos últimas respuestas se presentan en mayor porcentaje en la comunidad de Cushiviani, donde además afirman, en un 83,3%, que se “agarra” a través de besos.

Al preguntar si es una enfermedad contagiosa el 51,6% responde afirmativamente. Hubo un alto porcentaje, 40,5% -en todas las comunidades en general-, que no responde o dice no saber. En aquellos que reconocieron esta enfermedad como contagiosa, al preguntar el por qué, 42,1% lo asoció al compartir platos y utensilios y 24,2% al toser. Sin embargo, en la comunidad de Sapani un 50% no supo opinar o dar razón de por qué era contagiosa, a pesar de haber reconocido que lo era.

Cuando se les pregunta a las comunidades si esta dolencia es grave, el 46,2% de los encuestados afirma que lo es. Sin embargo, existe un alto porcentaje de los encuestados, el 48% que responde no saber o no opina del tema. En aquellos que afirmaron acerca de la gravedad de la tuberculosis, al preguntar el por qué de la gravedad; 35,3% lo asocia con la muerte y 23,5% a que “afecta los pulmones”. Las razones son similares en todas las comunidades.

6.2.2. Conocimiento de salud respiratoria y prevención

Al preguntar puntualmente acerca de factores de riesgo, la población encuestada identificó en un 90,3% que es debido a una mala alimentación. También se reconocen otros factores de riesgo como vivir muchas personas en un espacio pequeño (67,6%), tomar mucho (61,8%) y ser pobres (55,2%).

La población reconoce las medidas preventivas en relación a personas que padecen esta enfermedad. El 76% señala que al estar frente a una persona tuberculosa, esta debe taparse la boca al toser. 58,8% afirma que no se debe compartir cucharas o platos, y 51,4% refiere que deben asegurarse que haya luz natural en la casa. Solo un 48,6% sugiere ventilar la casa, luego de estar cerca de una persona con tuberculosis, previene que se propague la enfermedad.

Cuando se exploró acerca de posibles recaídas de tuberculosis, no hubo respuestas mayoritarias. Las respuestas están repartidas entre los que consideran que si se puede recaer y otros que consideran que nunca más se vuelve a tener la enfermedad.

6.2.3. Conocimiento del tratamiento oficial (Estrategia Sanitaria Nacional Tuberculosis) y no oficial

Cuando se exploró si la tuberculosis tiene o no cura, el 76,7% dice que sí tiene cura. No hay diferencias por comunidades. De aquellos que dicen que no se cura, el 35,7% lo asocian a ser incurable y a muerte; sin embargo, un 50% de la muestra no opinó al respecto.

A aquellos que respondieron que sí tenía cura, se les preguntó cómo. El 64% afirmó que con “adecuado tratamiento”, 16,3% por detección temprana; solo un bajo porcentaje, 1,3%, refirió que se curaba con medicina natural.

Cuando se preguntó acerca del tratamiento para la tuberculosis, 71,3% dice que sí lo hay. Al preguntar quién brinda este tratamiento, el 53,6% identifica algún personal de salud. El 38,6% menciona algún establecimiento de salud y solo 2,7% menciona al curandero. Al preguntar dónde se brinda este tratamiento, de igual modo se identifica en primer lugar a los establecimientos de salud en general, ya sean puestos de salud, centro de salud y hospital.

La mayoría de entrevistados manifestó que la cura de la tuberculosis se encontraba en el tratamiento que proporcionaba el establecimiento de salud (85,9%). Al preguntar acerca de que si el tratamiento se realizaba con medicinas y además si este era entregado por el establecimiento de salud, el 91% supo reconocer que el medicamento sí era proporcionado por el Establecimiento de Salud. Además, el 82,1% conocían que el tratamiento era gratuito.

Por otro lado, al preguntarse por qué se tiene que seguir este tratamiento, el 73,3% afirmó que era la solución para sanar y no contagiar a otros. Ver Tabla N°6.

A pesar del alto porcentaje que afirma que la cura es brindada por el establecimiento de salud, 32,2% afirma encontrar tratamiento fuera de éste, mediante tratamiento natural con plantas curativas. Al preguntar cuáles son las plantas usadas, 15,9% mencionó la planta medicinal “Ivenqui” y 10,3% mencionaron al Piri Piri como tratamiento alternativo para la tuberculosis.

Cuando se preguntó específicamente si el curandero podría curar la tuberculosis, 54% responde categóricamente que no, 33,5% responde que no sabe o no responde. De aquellos que respondieron que el curandero puede curar la Tuberculosis (12,5%) la mayoría afirma porque sabe de hierbas y plantas medicinales.

Al explorar las actitudes y/o prácticas en los encuestados con respecto a tener tuberculosis, el 87,7% refiere que acudiría al Puesto de Salud para ser atendido, 67,3% iría al promotor de salud, 32,2% a algún conocido -sea familiar, pastor evangélico o amigo-. Solo un 6,6% identificó al curandero.

TABLA 6

¿Por qué? (Respondieron sí)	Frecuencia	%
Para recuperación salud, para curar, para sanar, es la solución, es algo bueno, curarse y no contagiar a la familia.	261	73,3%
Porque esas medicinas son el tratamiento, es un tratamiento completo y nos protegen	27	7,6%
Porque es el lugar donde dan medicamentos, es el lugar para sanarse, hay medicamentos apropiados o avanzados	11	3,1%
Porque lo recomienda el personal de salud (Medico, Promotor)	7	2,0%
Dependiendo del Dx, de la detección	3	0,8%
Las pastillas los medicamentos del PS es lo único que cura	2	0,6%
Porque la TB es peligrosa, no es fácil curar	2	0,6%
No sabe	43	12,1%
Total	356	100,0%

Fuente: Encuesta Poblacional sobre TB en comunidades ashaninkas

6.2.4. Actitudes hacia las personas con tuberculosis

Al preguntar específicamente acerca de actitudes hacia las personas afectadas por tuberculosis, la población encuestada negó que éstos tuviesen que estar lejos de la comunidad 69,8%, dejaran de asistir a fiestas o asambleas comunales 65,2%, o que los niños dejaran de asistir a la escuela 57,5%. Asimismo, el 78,5% niega que la tuberculosis le “agarra” a aquellos que no tienen estudios y/o que produce una separación en el hogar debido a esta condición. Sin embargo, 41,2% afirma tener miedo con respecto a estar cerca a una persona tuberculosa. Ver tabla N 7.

TABLA 7

Actitudes hacia las personas con tuberculosis:	Sí		A veces		No		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Cree Ud. que las personas con TBC deben estar lejos de su comunidad?	89	22,8	29	7,4	273	69,8	391	100,0
En esta comunidad las personas se alejan de los que tienen TBC?	94	24,0	44	11,3	253	64,7	391	100,0
Las personas piensan que quienes tienen TBC son tratados mal?	72	18,4	50	12,8	269	68,8	391	100,0
En esta comunidad las personas tienen miedo de estar cerca de alguien con TBC?	161	41,2	48	12,3	182	46,5	391	100,0
Las personas de esta comunidad creen que los enfermos con TBC no deberían asistir a fiestas o asambleas, etc. de la comunidad?	82	21,0	54	13,8	255	65,2	391	100,0
Las personas consideran que los niños/ jóvenes con TBC no deberían asistir a la escuela?	105	26,9	61	15,6	225	57,5	391	100,0
Si una persona tuviera esta enfermedad provocaría una separación en su hogar?	48	12,3	17	4,3	326	83,4	391	100,0
Cree Ud. que la TBC le agarra a los que no tienen estudios?	64	16,4	20	5,1	307	78,5	391	100,0

Fuente: Encuesta Poblacional sobre TB en comunidades ashaninkas

6.2.5. Actores sociales identificados a tener en cuenta para estrategias de prevención

Cuando se encuestó a la población, se preguntó quiénes son los líderes y/o organizaciones a quienes acudiría para enfrentar temas de salud en su comunidad, en especial la tuberculosis, refirieron a los actores categorizados de la siguiente manera:

- Autoridades comunales
 - Jefe de la comunidad
 - Teniente gobernador
- Organizaciones de la comunidad
 - Ronda Campesina
 - Vaso de leche
 - Club de madres
 - Promotor de salud
 - Comités (De salud, de electrificación, de agua potable, De autodefensa)
- Programas externos que trabajan en la comunidad
 - JUNTOS
- Organizaciones de Segundo Nivel
 - OIRA, FREMANK, CONOAP, OCAM.
- Municipios
 - Agente Municipal
- Iglesia Católica
- ONG
 - CAAAP
 - Salud sin Límites
 - Socios en Salud

6.3. Resultados cualitativos

6.3.1. Grupo de afectados por TBC

PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMEDADES MÁS PREOCUPANTES Y QUÉ SE HACE EN CASO DE ENFERMAR

Para los entrevistados, la TBC es una de las enfermedades que les preocupaba pero no merece un énfasis especial. Sin embargo, lo que parece preocuparles son las afecciones vinculadas con el aparato respiratorio (bronquios, neumonía, gripe). Más que la TBC expresaron su preocupación por el paludismo

“... aquí las que son más graves son fiebre amarilla, cólera, varicela, TBC, fiebre tifoidea, también el paludismo... ha habido también paludismo. Ésas son las más graves que afecta a la comunidad”
Mujer ashaninka, sospechosa de TBC. C.N. Agrupación Asháninka 22-01-2011

Aun en la comunidades cercanas a poblados mestizos -en los que existen establecimientos de salud-, acudir a un establecimiento de salud del MINSA no era la primera opción. Los pobladores ashaninkas recién acuden ahí cuando agotan otros niveles de atención

“Las personas que conocen más o menos la hierba, se curan con la hierba o si es más fuerte ya se van a la posta o al hospital, siempre es así por acá”
Mujer colona casada con asháninka. C.N, Agrupación Asháninka 22-1-2011.

A. SIGNIFICADO DE LA ENFERMEDAD

A.1. Nombre e identificación de la enfermedad

Entre los entrevistados el término tuberculosis no fue el más utilizado ni el más conocido.

El nombre más usado en castellano fue el de “mal de caja”, también utilizaron el término “maldad”, y en ashaninka usan el término Jojojenka y Kemirejenka. El término Jojojenka hace referencia al sonido de la tos del enfermo y kemirejenka refiere a la enfermedad en general.

“...eso también en ashaninka es /jojojenka/, porque tosea /jo/, /jo/.../jojojenka/.../kemirejenka/... igualito tosea, él lo llama /jojojenka/, /kemirejenka/ le dice en ashaninka es enfermedad...Jojo es como dice el tuberculoso será pues,... así eso fue...y tanto castellano dice tuberculosis.”

Comunero ashaninka, 50 años. C.N Agrupación ashaninka. 30-01-2011. .

El término tuberculosis no fue usado por la mayoría de nuestros entrevistados, solo fue empleado en casos con diagnóstico médico. Por lo tanto, esta identificación habría sido conocida durante el tratamiento en el centro de salud.

El caso extremo de ausencia de nominación a la tuberculosis se dio cuando se refieren a ella como “esa enfermedad”, y que puede darse en personas que –incluso– han tenido una experiencia de un familiar fallecido.

“No sabe que esa se llama tuberculosis, capaz también por eso es motivo que mi esposo ha fallecido, puede ser eso ¿no?...primero no sabemos que enfermedad tenía mi esposo, ¿no?, así nomás, ahora sí, recién estamos sabiendo esa enfermedad se llama tuberculosis”.

Comunera ashaninka, esposa de fallecido por tuberculosis, 55 años. C.N. Agrupación Asháninka. 22-10-2011.

A.2. Causa percibida

Encontramos dos causas atribuidas a la enfermedad: la humedad excesiva absorbida por el cuerpo y considerada un descuido de la persona, combinada con una escasa o ausencia de alimentación.

“Falta de alimentación,... y también creo que eso hace daño, más lo que trabajamos en la lluvia, la humedad todo eso.”

Comunera colona, 27 años. C.N. Agrupación Asháninka. 30-02-2011.

“Eso viene por descuido, por la mala alimentación y también cuando se mojan y no se cambian de ropa.”

Comunero ashaninka, 27 años. C.N. Agrupación Asháninka. 23-01-2011.

También se halló una causalidad atribuida a la complicación de un resfrío o problema respiratorio menor.

Encontramos pocas referencias que vincularon la tuberculosis con síndromes culturales; sin embargo, se mencionó que esta enfermedad podría tener como causa “la maldad”.

A.3. Percepción de tipos de tuberculosis

Los entrevistados desconocen la existencia de algún tipo de clasificación de esta enfermedad.

La única información fue proporcionada porque habían padecido la enfermedad, que a su vez fueron diagnosticados y recibieron tratamiento oficial; solamente ellos distinguieron la enfermedad entre una tuberculosis “más fuerte” y otra que no lo era.

“No sé, pero yo tuve la más fuerte eso me dijo la enfermera en el puesto de salud”.

Comunero ashaninka, 28 años. C.N. Sapani. 30-01-2011.

En los entrevistados sobre quienes se sospechaba que padecían la enfermedad, este desconocimiento adquiriría una significación especial.

“No sé... ¿hay varias clases de esa enfermedad?”

Comunero ashaninka, 20 años. C.N. Teoría. 02-02.201.

A.4. Percepción del contagio

Consideran que es una enfermedad contagiosa, esa fue una opinión unánime entre todos los entrevistados.

Existen dos formas de contagio reconocidas: por estar próximos a personas enfermas con tuberculosis (en especial cuando tosen o cuando hablan), y la otra cuando se comparten utensilios en contacto con el enfermo (especialmente los que hayan estado en contacto con la saliva del enfermo).

“Si se contagia, solo hablando o toseando cerca. No hay contagio si no están cerca.”

Comunero ashaninka, 38 años. C.N. Sapani 30-01-2011. .

“...pero más o menos todo lo que tenía de él, lo que comía, todito nos hemos desaparecido ese plato, este cuchara, lo que tenía él, lo que comía, pero siempre me dicen mis hijas, mis hijas me dice: mamá, esta cuchara, este es de papá, no hay que comer ese, nos va a contagiar...”

Comunera ashaninka. Esposa de fallecido por TBC 55 años. C.N Agrupación Asháninka. 22-02-2011.

A.5. Percepción de los síntomas

Se reconocieron 7 síntomas atribuidos a la tuberculosis que coinciden parcialmente con la sintomatología médica de esta enfermedad: cansancio, tos nocturna -puede ser con flema y sangre-, sudoración, pérdida de peso, fiebre. Sin embargo, tres síntomas son considerados característicos de esta enfermedad: cansancio, tos nocturna y enflaquecimiento.

“Casi uno nomás, mi primo cuando él que se ha muerto, de eso no mas yo lo veo que toseaba de noche y de día toseaba poco pero más noche; botaba todo su flema todo botaba más de noche. Pero poco de día nomás toseaba.”

Comunera machiguenga. 36 años. C.N Agrupación Asháninka. 22-01-2011.

A nivel de la encuesta poblacional, el síntoma mayoritariamente asociado a la TBC es cansancio 73.1%, baja de peso 70.6% y tos con flema 68.8%.

A.6. Percepción de la gravedad de la tuberculosis

Considerada una enfermedad grave por algunos entrevistados, específicamente aquellos que habían visto morir a un familiar cercano víctima de esta enfermedad. Sin embargo, la mayoría de entrevistados dijo no saber si era una enfermedad grave o no.

Los que afirmaron que era grave dieron a entender que el sentido de gravedad tiene que ver con lo que llaman “el avance” de la enfermedad en la destrucción de un órgano específicamente mencionado del aparato respiratorio, que es el pulmón.

“Sí iba a hacer su tratamiento. Hasta Satipo ha ido a hacer su tratamiento pero ahí, creo que ahí no se ha tomado nada. Le han puesto ampollas, solamente calmante nomás y le han puesto calmante, calmante nomás ponía pero la verdad no era para que sane porque realmente ya estaba desecho ya su pulmón.”

Comunera machiguenga 36 años. C.N. Agrupación Asháninka. 22-01-2011.

A.7. Percepción de cura

Es considerada una enfermedad curable.

Esta curabilidad tiene que ver con la etapa de la enfermedad. Es decir, los entrevistados consideraron que si la enfermedad estaba “recién comenzando” entonces era curable.

“Sí puede, tiene cura, cuando recién, cuando recién está comenzando. Comunera ashaninka.”

Esposa de fallecido por TBC, 55 años. C.N Agrupación Asháninka. 22-02-2011.

El sentido de cura estuvo asociado con el tratamiento médico oficial. Al parecer, la percepción de que esta enfermedad es incurable tiene que ver con -lo que consideran- el fracaso del tratamiento médico oficial. Básicamente,. Esta percepción la recogimos de los entrevistados cuyos parientes fallecieron después de seguir el tratamiento oficial.

“Eso lo hace bien pero verdaderamente no le sana, pues solamente calmante nomás toman tratamiento oficial.”

Comunera machiguenga 36 años. C.N. Agrupación Asháninka. 22-01-2011.

A.8. Percepción del tratamiento

Es considerada una enfermedad para la cual existe un tratamiento. Ese tratamiento es el que brinda el establecimiento de salud; es decir, el tratamiento de la medicina oficial.

Sin embargo, esto no significa que la primera opción de búsqueda de tratamiento sea el establecimiento de salud. Antes buscan tratamiento a nivel de hierbas y curandería, debido a que inicialmente no identifican la tuberculosis, la relacionan con síntomas de otras afecciones, desde síndromes culturales: daño, susto o mal, hasta resfríos comunes.

En tal sentido, se configura una ruta de tratamiento iniciada a nivel familiar con el uso de hierbas medicinales, continúa con la búsqueda de un curandero y puede terminar con el tratamiento oficial.

“Mayormente, primero es lo que dicen que es alguna brujería o piensan que es una gripe normal o una enfermedad así leve, entonces no acuden primero al puesto, toman una pastilla, se van al curandero y ya está avanzado, entonces cuando está avanzada recién ya se van al puesto, cuando ya no se puede hacer nada.”

Comunera colona, 27 años. C.N. Agrupación Asháninka. 08-02-2011.

Los entrevistados diagnosticados, que recibieron el tratamiento, y eran considerados curados por el establecimiento de salud, reconocieron la efectividad del tratamiento.

“Bien. Estuvo bien el tratamiento de la posta.....sí, en tomaba todo los días 8 pastillas hasta los 6 meses y por eso estoy curada.”

Comunera ashaninka 19 años. C.N Sapani. 30-01-2011.

A.9. Percepción de la prevención de la tuberculosis

En general, los entrevistados consideran que la enfermedad se puede prevenir; señalan tres formas de prevención: la limpieza y desinfección de los utensilios, no permanecer con la ropa húmeda cuando hay excesiva humedad y alimentarse bien. Existe una relación entre esta idea de prevención con la causalidad atribuida a la enfermedad.

“Sí, se puede prevenir.....esto viene por lo que no lavamos con agua hervida nuestra cuchara, se hace hervir”.

Comunera ashaninka, esposa de fallecido por tuberculosis, 55 años. C.N. Agrupación Asháninka. 22-02-2011.

“Tienen que alimentarse bien. Como dice, comer menestras, alimentarnos todos para prevenir.”

Comunera machiguenga 36 años. C.N. Agrupación Asháninka. 22-01-2011.

“Alimentarse bien, utilizar bien los insecticidas, cuidarse, no trabajar demasiado en las lluvias, eso es lo que deberíamos hacer para prevenir esta enfermedad.”

Mujer de 27 años. C.N. Agrupación Asháninka. 08-02-2011.

Entre los entrevistados que habían seguido el tratamiento oficial, se pensaba que una manera de prevención era acudir periódicamente al establecimiento de salud para detectar tempranamente la enfermedad.

“Esto se puede prevenir tratándose a tiempo”.

Comunera ashaninka, 19 años. C.N. Sapani. 10-02-2011.

“Se previene acudiendo al centro de salud.”

Comunero ashaninka. 59 años. C.N. Puerto Ocopa. 08-02-2011.

“Prevenimos si tenemos algunos síntomas acudimos al puesto de salud.”

Comunero ashaninka, 30 años, C.N. Agrupación Asháninka. 30-02-2011.

B. LA APARICIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN LA VIDA DE LAS PERSONAS

La enfermedad aparece en la vida de estos comuneros y comuneras a partir del momento que el personal de salud les da el resultado de sus análisis de esputo y otro; es decir, con el diagnóstico médico de enfermedad. Antes de eso es no la identifican, aparece como un resfrío, una “gripe” fuerte, o asociada con hechos muy comunes correlacionados con la labor agrícola, como mojarse por el sudor o con la lluvia.

“...como siempre él toseaba, gripe será dice, él no hacía caso, entonces: ese me va a pasar, me va a pasar, estaba diciendo mi esposo...”

Comunera ashaninka, esposa de fallecido por tuberculosis, 55 años. C.N. Agrupación Asháninka. 22-01-2011.

“Con lluvia comencé a tosear, allí empezó todo... y no paraba, me dio fiebre y no comía. No pensé, nunca pensé que me iba a chocar la TBC, no hice nada, pero seguía igual y fui al promotor.”

Comunero ashaninka, 38 años. XDR C.N. Sapani. 30-01-2011.

B.1. Percepción de los otros

Por tratarse de comunidades donde las familias tienen diversos grados de parentesco, el temor a ser contagiado no funciona como un rechazo o discriminación abierta.

“Bueno, nosotros así acá en la comunidad reaccionamos normal como cualquier enfermedad, ¿no? Íbamos, les indicábamos, a veces conocíamos de la hierba, les indicábamos pero no hubo ninguna clase de discriminación esa parte. No hay discriminación sino que lo que nos falta es conocimiento. A veces, por falta de conocimiento no podemos ayudarlo, o no sabemos dónde acudir, con quién”.

Comunero ashaninka, 41 años. C.N. Agrupación Asháninka. 21-01-2011. .

Sin embargo, el temor al contagio provoca que surjan formas de distanciamiento de amigos y familiares, que se evidencian en la “toma de masato” bebida tradicional que la costumbre obliga a tomar en grupos con un solo recipiente entre todos los asistentes.

“Entonces, a veces teníamos el temor de quién sabe que podrían estar contagiados también. Como siempre a veces, nuestras costumbres como comunidades es tomar nuestro masato ¿no? Y a veces hay una idea, ronda a veces en la gente “no, a veces no. Yo tomo masato con él. Hemos estado así, quién sabe”. La idea la tienen a veces en la cabeza, un poco de recelo “

Comunero ashaninka, 41 años. C.N. Agrupación Asháninka. 21-01-2011.

B.2. Percepción de sí mismo

El distanciamiento de amigos y parientes es sentido por el paciente y produce que tienda a alejarse y restringir su vida solo al ámbito de la familia nuclear, quienes son próximos al afectado,

“Yo he llegado a saber eso de mi primo porque ahí estábamos cerca. Porque siempre yo iba a visitar a su casa. Ahí me han... él lloraba. Me decía: prima, yo estoy con esa enfermedad. Yo te voy a contagiar. No, a mí nunca me vas a contagiar, yo le decía así”.

Comunera machiguenga, 36 años. C.N. Agrupación Asháninka. 22-01-2011.

Alguno de los afectados manifestó que prefiere ocultar la enfermedad para evitar ser señalado como “contagioso”. Este término tendría una connotación de exclusión.

“Dice mi comunidad: éste es contagioso, éste es contagioso, es tuberculosis, así me dice acá toda mi comunidad pues.”

Comunera ashaninka, esposa de fallecido por tuberculosis, 55 años. C.N. Agrupación Asháninka. 22-10-2011. .

Esta situación termina por sumir al enfermo en un estado de tristeza.

“Estaba triste, no podía caminar, me cansaba, estaba triste”

Comunero ashaninka, 38 años. XDR. C.N. Sapani. 30-01-2011.

B.3. Percepción de los cambios en su vida con la tuberculosis

Los entrevistados diagnosticados con tuberculosis y ahora curados, sostuvieron que hoy en día se cuidan y son más precavidos con la aparición de los síntomas relacionados a esta enfermedad.

“Ahora ya no me descuido cuando tengo tos. Puerto Ocopa Comunero Asháninka, tratado y curado de tuberculosis”

Comunero ashaninka, tratado y curado de tuberculosis, 61 años. C.N. Puerto Ocopa. 10-02-2010..

No obstante, durante el tratamiento se han visto afectados en su labor en las chacras, su economía familiar, y en el estado anímico.

“Si, he gastado para ir a Satipo, hospedaje, análisis y alimentación.”

Comunero ashaninka, tratado y curado de tuberculosis, 61 años. C.N. Puerto Ocopa. 10-02-2011.

C. LA INFORMACIÓN SOBRE TUBERCULOSIS QUE SE RECIBE Y LA QUE REQUIEREN

C.1. Opinión de los entrevistados acerca del trabajo de información educativa que se recibe en las comunidades

En forma casi unánime los entrevistados señalaron que en sus comunidades no se daban acciones de información dirigidas a las familias -por parte del establecimiento de salud- sobre la tuberculosis. Esta situación tiene consonancia con el 62% de la población encuestada que afirman no haber recibido charlas sobre TBC.

“No llegan acá. Como digo nunca han venido a tener esa reunión para que nos den una charla sobre la tuberculosis”

Comunero ashaninka, 41 años. C.N. Agrupación Asháninka. 21-01-2011.

Algunos entrevistados señalaron algunas acciones realizadas por el establecimiento de salud, pero que no estaban dirigidas a la comunidad en pleno, como las acciones esporádicas de algún promotor entusiasta, o campañas realizadas años atrás. Asimismo, recuerdan la colocación de afiches pero nada más. Incluso, en el reclamo de algunos se notaba una queja de marginación y discriminación por parte del establecimiento de salud.

“si, hubo campaña... pero en el año de 1995, pero ahora ya no vemos nada”

Comunero ashaninka, 27 años. C.N. Agrupación Asháninka. 23-01-2011.

“No, no hacen, en las comunidades no lo hacen, a veces lo hacen entre ellos, ponen un afiche y ya está, pero así llegar directo a las comunidades no lo hacen. .. lo hacen en sus “puestos” (Puestos de Salud) en el Hospital entre “civiles”, pero acá a las comunidades no llegan.”

Mujer de 27 años. C.N. Agrupación Asháninka. 08-02-2011.

Si bien han sido testigos de la visita de personal de salud o del promotor a una familia donde se había detectado un caso de tuberculosis. Expresaban su extrañeza de que no se preocuparan en informar al resto de la comunidad.

“Bueno, no vienen, de tuberculosis hasta el momento nunca han venido. A pesar que tuve el conuñado con tuberculosis no llegaron a hacer una charla. Solo vinieron a ver aislado así no mas a él nomás....”

Comunero ashaninka, 41 años. C.N. Agrupación Asháninka. 21-01-2011.

C.2. Tipo de información sobre TBC requerida

Al preguntar qué tipo de información les gustaría conocer y recibir, la respuesta era sobre cómo evitar el contagio y distinguir la tuberculosis de otra afección.

“No sabía nada hasta que me chocó. Ahora sé porque me chocó. Me informó el promotor y la posta de Atalaya. ...hay que enseñar la higiene, estar lejos de los toseos, eso no se sabe aquí”

Comunero ashaninka, 38 años. XDR. C.N. Sapani. 30-01-2011.

C.3. Cómo les gustaría recibir información

Hubo preferencia por los medios grupales, como las “charlas”; es decir, hay una opción por la relación cara a cara, cuando se trata de conocer información.⁹ Pero también un acercamiento más interpersonal con miembros de las familias

“Con pancartas, afiches, videos, ¿no? Incentivar un grupo, hacer grupos de personas, decir a las mamás o al grupo de cada casa de familia ¿no?, enseñarles cómo debe ser, higiene ¿no?, la transmisión de esta enfermedad, el uso de la higiene dentro de nosotros, al comer, en nuestra ropa, no sé. Eso debería haber sido.”

Comunero ashaninka, 41 años. C.N. Agrupación Asháninka. 21-01-2011.

En el ámbito de estudio se hablan preferentemente 3 idiomas: castellano, ashaninka y nomatsiguenga, (este último en menor número). Los entrevistados señalaron su preferencia por una información educativa de tipo bilingüe: castellano y asháninka. La encuesta poblacional aplicada a todo el ámbito de estudio señala también que existe un alto porcentaje de preferencia por estos dos idiomas (63% y 75% respectivamente) para los mensajes informativos.

“En materna asháninka, también en castellano... porque algunos aunque hablan castellano, no mucho entienden más fácil es en asháninka ¡ahí sí!”.

Comunera ashaninka, esposa de fallecido por tuberculosis, 55 años. C.N. Agrupación Asháninka. 22-02-2011.

En la información cara a cara como las “charlas” señalaron preferencia por determinados materiales, específicamente dibujos y videos, para sortear el problema del trilingüismo existente en la zona.¹⁰

“Mayormente sería con videos y en los videos se ven los casos que ya ha habido, como por qué no se han sanado, por qué han fallecido así ya allí pueden ver, y folletos con dibujos para que ellos puedan entender lo que les están diciendo, ¿no? a veces, algunos no saben hablar el castellano, también un poco del idioma ashaninka, también pueden entender mejor nomachiguenga.”

Mujer de 27 años. C.N. Agrupación Asháninka. 08-02-2011.

Se identificó el uso de radios transistores en casi todas las casas de las comunidades estudiadas. Además, era visible el uso de audífonos –conectados a pequeñas radios o teléfonos celulares- entre los jóvenes. Todo indicaría que la radio es un medio de llegada a estas comunidades

“Sí. Pero, tienen radio, no hay ni una persona que no tiene su radio”

Comunero ashaninka, 41 años. C.N. Agrupación Asháninka. 21-01-2011.

C.4. Sobre los medios de comunicación masiva en el ámbito de estudio y los que prefieren los entrevistados

Nos estamos refiriendo a un medio de comunicación masiva específico: la radio. Es el único medio masivo existente en las poblaciones estudiadas; su uso es frecuente, mayoritario y preferido.

DISTRITOS	RADIO EMISORA
MAZAMARI y RIO NEGRO	Voz de Llaylla
	Radio San Juan
	Súper Latino
	Swin
S.M. PANGO	Continental
	Marginal
	Porvenir
SATIPO	Amazónica
	Revolución
	Líder
ATALAYA	Líder

⁹ Corresponde con los resultados de la encuesta poblacional para las 5 comunidades de estudio, donde los encuestados señalan la preferencia mayoritaria (76%) por las “charlas”.

¹⁰ En la encuesta poblacional la preferencia por materiales como videos fue también mayoritaria: 69.6%.

El cuadro anterior muestra las radioemisoras existente en los distritos a los que pertenecen las comunidades estudiadas. Todas estas emisoras son captadas en las comunidades.

Los horarios preferidos por esta población para sintonizar la radio son:

- a. Por las mañanas: cuando escuchan preferentemente noticias.
- b. Por las noches: a partir de las 6 pm que escuchan música y noticias.

Los jóvenes escuchan preferentemente programas musicales, los adultos optan por las noticias.

6.3.2. Grupo de autoridades comunales

PERCEPCIÓN DE LOS JEFES DE LAS COMUNIDADES ASHANINKAS SOBRE LA TUBERCULOSIS

- Identifican a la tuberculosis como una enfermedad considerada grave, incluida en el grupo de sida, cáncer y malaria.
- Reconocen los síntomas de la tuberculosis como sudor nocturno, fiebre, tos, enflaquecimiento, falta de apetito y dolor de cabeza.
- Comúnmente la denominan “caja” por referencia al nombre popular del “pulmón”.
- Es una enfermedad que les preocupa porque conocen la existencia de casos de tuberculosis en sus comunidades. Sin embargo, los casos no estaban identificados. Ellos quisieran que el personal médico les brinde esa información.
- Saben que es una enfermedad para la cual existe tratamiento “con pastillas”, incluso, mencionaron la duración del tratamiento oficial y las consecuencias por abandonar al tratamiento.

“...los que tienen TBC 3 meses... Si es que abandona vuelve a atacarle con más fuerza... El tratamiento más largo 6 meses ¿no?”

Jefa del C.N. Teoría. 2-2-2011

Los entrevistados afirmaban que se puede prevenir aunque no saben “el cómo” prevenir.

Sabían que es una enfermedad contagiosa y que el contagio se produce por estar cerca a la persona o compartir el alimento.

En general, la gente trata de mantenerse lejos de los comuneros afectados, pero sin una abierta discriminación.

”Lo ayudan pero tiene que alejarse, hacen una casita cerca para no contagiar”.

Jefe de la C.N. Sapani. 30- 01- 2011

Atribuyen la enfermedad a una mala alimentación, al frío, a la humedad sobre la piel, al descuido y a la costumbre nativa de comer y dormir en la casa que visitan; aunado a ello la costumbre de beber masato en un mismo recipiente.

“Bueno, uno puede ser por la alimentación, otro puede ser también de repente no comen a la hora y te mojas, prácticamente te da gripe un resfrío y a veces nosotros no nos cambiamos allí no más estamos”

Jefe de la C.N. Agrupación Asháninka. 22-01-2011

Sin embargo, dejaron traslucir que la tuberculosis está asociada al “mal viento” ; en este sentido, la ruta de tratamiento se inicia con el curandero y termina en un establecimiento de salud.

“... primero al curandero a ver si tiene mal viento luego al promotor y van con él..., si no sanan al “centro” (Centro de Salud) de Atalaya”

Jefe de la C.N. Sapani 30-01-2011

PERCEPCIÓN DE LOS JEFES DE COMUNIDAD SOBRE LA NECESIDAD DE INFORMACIÓN SOBRE TBC

Los jefes de las comunidades nativas consideran que tener información sobre esta enfermedad es una forma de prevenir, para esto demandan la presencia del personal de salud, porque consideran que son ellos los que deben darla.

Como jefes de comunidad demandaron que además de las charlas del personal de salud, ellos quieren tener una identificación de los casos de tuberculosis, para así prevenir la enfermedad.

“Como le digo que no avisan, la comunidad no sabe que él está, con que enfermedad está,..... pero como no saben, están ahí, sin prevenirse, de repente van a su casa a tomar el masato, que tal vez sus platos deben estar separados ¿no?...”

Jefa de la C.N Teoría. 2-2-2011

Se sienten marginados por el personal de salud porque no coordinan con ellos cuando van a impartir charlas en las comunidades.

“Yo pienso de que para tener conocimiento la comunidad, para la prevención y para evitar debe haber una coordinación por parte del personal de salud ¿no?, hacia las autoridades y a la comunidad, porque solamente él viene atender a sus pacientes y se va nomás. Igual a un grupo de mujeres, a un grupo las reúne a las que están, a ellos nomás le dan charlas. Yo pienso de que debe haber acá una charla general para toda la comunidad, para la prevención.”

Jefa de la C.N.de Teoría. 3-2-2011

Reclaman que el puesto de salud no hace campañas de tuberculosis, ni brinda talleres.

En relación a otras fuentes de información sobre TBC y salud en general distintas del MINSA, señalan que ocasionalmente son visitados por entidades como OIRA pero solo les brindaba capacitación en términos generales acerca de salud También señalaron que acudían a charlas brindadas por algunas ONG -pero fuera de la comunidad- sobre diversos temas como desnutrición, etc.

Algunas veces a través de la radio les llegan mensajes sobre salud pero nada especial sobre la TBC.

Los jefes señalan que el medio de comunicación más utilizado en sus comunidades es la radio.

Recomiendan que se usen los idiomas de castellano y asháninka en las charlas:

“bueno... a veces hablan en asháninka, a veces hablan en castellano, más que nada son esos dos idiomas que hablan acá”

Jefe C.N. Agrupación Asháninka 22-01-2011

ACTITUD PROACTIVA DE LOS JEFES DE LAS COMUNIDADES FRENTE A LA TBC

En algunas comunidades se encontraron autoridades que demostraron interés y preocupación por el tema; no solo expresando la necesidad de contar con mayor información acerca de casos de TBC en su comunidad para la prevención; además, algunos tratan el tema con los comuneros en sus actividades diarias de manera informal. De esta manera, llenan el vacío de información del sistema oficial de salud.

“yo no tengo información como autoridad por parte del personal de salud, siempre viene acá a la comunidad, al menos decir; tienes casos de TBC, yo estoy a la expectativa de ellos, de su información de que me digan que está pasando en el comunidad...”

Jefa de la C.N Teoría 3-2-2011

7.3.3. Grupo de informantes claves

Este grupo estuvo conformado por diferentes tipos de informantes (agentes comunitarios de salud, exjefe de la comunidad, profesor y amas de casa).

A. PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMEDADES MÁS PREOCUPANTES

La tuberculosis no aparece como la enfermedad más preocupante para este grupo de entrevistados. Ni siquiera es mencionado por todos. Las afecciones que más les preocupan son la malaria, diarrea, fiebre, tos, cólicos y gripe. La tuberculosis fue mencionada por un agente comunitario de salud y no en primer lugar.

“Lo que está pasando en nuestra comunidad es la tos, les da a los niños, la diarrea, otro lo que es la malaria, los que salen fuera de la comunidad traen contagio de la malaria.”

Promotora de Comunitaria de Salud, C.N. Teoria 3-2-2011.

La poca relevancia que tiene la tuberculosis en la percepción del grupo puede estar relacionada con el reducido número de casos conocidos por la comunidad.

“No, ellos no conocen porque como ha habido... simplemente ha habido uno no más, todavía no están enterados.”

Promotora Comunitaria de Salud, C.N. Agrupación Ashaninka 22-01-2011

B. SIGNIFICADO DE LA ENFERMEDAD

Con excepción de los promotores de salud y del profesor que utilizaron el término tuberculosis para referirse a esta enfermedad, el resto de entrevistados emplearon diferentes denominaciones como: “mal de caja”, “tisco”, “jojojenka”, “toje-toje”, “oshera”.

“jojojenka...kemirejenka... igualito tosea, él lo llama /jojojenka/, /kemirejenka/ le dice en asháninka es enfermedad...Jojo es como dice el tuberculoso será pues, como él tosea, ah, ah, así eso fue...y tanto castellano dice tuberculoso”

Ex jefe de comunidad. C.N. Agrupación Ashaninka 21-01-2011

“mal de cajas..... así le dicen, entonces cuando bromeamos decimos... ¡ah está con cajas!, está con TBC, ¡está con pulmón!, le dicen, le conocen con cajas..”

Promotora de Comunitaria de Salud,C.N. Teoria 3-2-2011.

Se encontró que en este grupo no hay distinción entre la causa, situaciones de contagio y situaciones de riesgo. Las explicaciones atribuidas a estos aspectos de la enfermedad son parecidas.

En este sentido, la “mala alimentación”, el descuido en dejar la ropa húmeda, tomar masato en el mismo recipiente, así como el contacto con utensilios empleados por un enfermo, puede ser señalado indistintamente como causa de la tuberculosis. Estas son vistas como formas de contagio o situaciones en las cuales se adquiere la enfermedad.

Contagio:

“Hay veces, causa es por descuido, uno mismo también descuidamos, hay veces no comemos a la hora, por falta de alimentación también, eso será causa, pues.”

Ex jefe de Comunidad. C.N. Agrupación Ashaninka 22-01-2011

Causa:

“Mala alimentación, toman licores así se vuelven débiles. Pero a cualquiera le puede dar porque no comen bien.”

Promotor Comunitario de Salud, C.N. Sapani 30-01-2011

Factor de Riesgo:

“Porque están mal de comida, no comen bien y toman mucho masato.”

Agente Comunitario de Salud, C.N. Sapani 30-01-2011

C. SÍNTOMAS

Los síntomas característicos de la tuberculosis fueron mencionados solo por los agentes comunitarios, el profesor y el exjefe de la comunidad, mientras las amas de casa y la estudiante no lograron identificarlos.

“Mucha tos, fiebre, no come porque no quiere, se vuelve flaco, se cansa, no va a la chacra.”

Agente Comunitario de Salud. C.N. Sapani 30-01-2011

D. SOBRE LA PREVENCIÓN

En opinión de los entrevistados la información sobre la enfermedad fue señalada como la principal forma de prevención. Secundariamente, se habló de la visita al médico y la buena alimentación.

“Nos tienen que dar charlas a todos, decimos cómo es la enfermedad.”

Estudiante de secundaria, C.N. Sapani 30-01-2011

“Charlas, reuniones con toda la comunidad sobre la tuberculosis”.

Profesor de Comunidad, C.N. Sapani 30-01-2011

E. PERCEPCIÓN DEL TRATAMIENTO

Solo los agentes comunitarios de salud, el profesor y el exjefe de la comunidad conocen que para la tuberculosis existe un tratamiento a base pastillas y que se da gratuitamente en el establecimiento de salud.

“Si hay un tratamiento en la posta, los medicamentos les dan gratis para todos los días, hasta que se curan. Toma 8 pastillas, no cuesta nada. Esto es por 6 meses.”

Agente Comunitario, C.N. Sapani 30-01-2011

Sin embargo las amas de casa y la estudiante de secundaria dijeron no conocer nada sobre el tratamiento; y ante la pregunta referida a ello respondían con un “no sé”.

F. TRATAMIENTO CON MEDICINA TRADICIONAL

Solo las madres de familia de este grupo consideraron que la medicina tradicional ofrecía cura para la tuberculosis, incluso mencionaron los recursos terapéuticos correspondientes:

“Si conozco tratamiento, por ejemplo el sankiro (caracol) hervir y tomar a diario, el sari (animal de monte) se toma su caldo, el suelda-suelda (bejuco)”

Madre de familia, 42 años. C.N. Agrupación Ashaninka 30-01-2011

De otro lado, los agentes comunitarios, el ex jefe y el profesor fueron categóricos en afirmar que la medicina tradicional no ofrecía tratamiento para la tuberculosis diagnosticada.

G. PERCEPCIÓN DEL ABANDONO DE TRATAMIENTO

Se mencionaron tres explicaciones del abandono del tratamiento oficial

Porque consideran que la pastillas dañan otras partes del organismo. Específicamente señalaron al hígado.

“No siguen el tratamiento porque hace daño, hace mal al hígado dicen”

Promotora Comunitaria de salud, C.N. Teoria.3-02-2011

Porque sienten mejoría y toman la decisión de reanudar su vida en comunidad.

“Abandonan el tratamiento porque ya se sienten bien.”

Madre de familia, Porque les incomoda los cambios que el tratamiento les obliga a hacer en su rutina diaria. Ejemplo: guardar reposo, acudir al puesto de salud con frecuencia y la vigilancia que el personal de salud hace sobre los pacientes con tuberculosis.

“Ese pues ya lo aburre, ya pues, no quiere estar allí pues en la cama, que le aburre, es lo que lo abandona pues, a veces... cuando... claro, se va al centro de salud, ya, está pastilla toma, según se acaba esta pastilla, vas a venir a darte otra pastilla,..”

Ex jefe de comunidad C.N Agrupación Ashanninka 29-01-2011

Por el miedo que se da en pacientes que han tenido una recaída de la enfermedad, a los cuales el personal de salud tiene que aplicarles procedimientos especiales.

“...estaba internado pues, con suero, no sé que pensamiento tendría pues mi cuñado, “pucha, acá me van a matar”, y ha tirado fuga, han venido buscar pues, se han escondido pues, porque el doctor como el conocía pues, seguramente que conocía que era peligroso, pues es peligroso, han venido a buscar no lo han encontrado,..”

Ex jefe de la Comunidad C.N Agrupación Ashanninka 29-01-2011

H. ACTITUD DE LA COMUNIDAD HACIA EL ENFERMO DE TUBERCULOSIS

En el grupo se admitió que existe un temor al contagio, lo que no significa un abandono o aislamiento del enfermo. Las visitas disminuyen, hay temor en aceptar las comidas y bebidas en la casa del afectado. No obstante, siempre tratan de hacer sentir al enfermo y a su familia que están pendientes de su situación, esto se manifiesta cuando hay que hacer algún tipo de colecta o colaboración.

De cualquier modo, la presencia de casos confirmados de tuberculosis también genera una suerte de conflicto en el grupo. Por un lado, temen al contagio; sin embargo, por el otro, no quieren ni deben alejarse (sobre todo en la familia más cercana).

“Claro, decía una parte, pero hay veces la familia, cuando decimos, no, no es contagioso, de todas maneras hay que prevenir, tener mucho cuidado pues, ¿no?, allí podemos contagiar, claro, pero no es pues decir, ya, no voy a tu casa.”

Ex Jefe de Comunidad. C.N Agrupación Ashanninka 29-01-2011

I. OPINIONES SOBRE LA FORMA CÓMO LES GUSTARIA RECIBIR LA INFORMACIÓN

Los informantes coincidieron en que en sus comunidades no habían recibido información preparada y dirigida a las comunidades.

Expresaron su necesidad de estar informados sobre la tuberculosis y dieron sugerencias de cómo les gustaría recibir esta información.

Sobre la forma de recibir información, expresaron su preferencia por las charlas dirigidas a la comunidad en las que se utilicen el idioma ashaninka y el castellano. Asimismo, que se utilice técnicas audiovisuales como el video y material gráfico.

“cuando hay un video ahí si la gente van ¿no?. van a mirar y cuando explicando todo el día no entienden pues, en cambio cuando se le pone una pantalla miran lo que pasa esos casos ahí si tienen miedo entonces para que no me pase eso ahora voy hacer así”

Promotor Comunitario de Salud, C.N. Teoria

“Nos tienen que dar charlas a todos, decimos como es la enfermedad.”

Estudiante de secundaria, C.N.Sapani

En cuanto a medios de comunicación masiva señalaron la importancia de la radio, para lo cual también sugirieron el idioma ashaninka.

“Sería mejor en la radio y que fuera en castellano y asháninka.”

Madre de familia, C.N. Agrupación Ashaninka

7.3.4. Grupo personal de Salud

A. DESAFÍOS EN LA EJECUCIÓN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DEL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN EL ÁMBITO ESTUDIADO

EJECUTANDO LA ESTRATEGIA

El trabajo del personal de salud es diverso, abarca todas las estrategias; generalmente son pocas personas y muchas actividades. A excepción de Puerto Ocopa (cabeza de microred), donde había una enfermera a cargo de la estrategia (además de otras), en el resto de establecimientos de salud, la estrategia no contaba con un personal a dedicación exclusiva.

“No, al contrario, como le vuelvo a decir, acá de repente no vemos de preferencia en qué área trabajamos, creo que acá el personal estamos como le vuelvo a decir, capacitados para poder llevar en cualquier programa,...pero acá el puesto, acá el personal somos multifuncional, o sea, todos llevamos de todo”

Técnico enfermero. C.N. Agrupación Ashaninka

En relación a la estrategia sanitaria para control de tuberculosis el personal de los establecimientos parecía focalizado en la identificación de casos, (sobre cualquier otro objetivo), para lo cual se apoyaban en los agentes comunitarios de salud. Una vez detectado el caso, el trabajo de atención se concentraba en el paciente captado y su familia¹¹

“Sí, nuestra comunidad, el puesto de salud San Ramón de Pangoa cuenta con 11 promotores, en cada anexo está instalado un promotor, bueno, con ellos tratamos de coordinar en lo mejor posible para que mediante de ellos también capturemos oportunamente, no, nosotros nomás ahora de repente sino ellos también nos ayudan a captar o a comunicarnos,..”

Técnico enfermero. C.N. Agrupación Ashaninka

En las comunidades donde no hay agente comunitario de salud, el trabajo de captación y seguimiento de casos de tuberculosis se ve afectado.

“En la estrategia trabajamos un médico, mi persona y los agentes comunitarios de las comunidades. Aunque no en todas las comunidades hay y por el presupuesto corto que se tiene no llegamos a realizar el seguimiento”

Enfermera, C.N. Agrupación Ashaninka

I. DIFICULTADES Y NECESIDADES DEL PERSONAL DE SALUD EN LA EJECUCIÓN DE LA ESTRATEGIA

En el centro de salud de Puerto Ocopa existe un laboratorio, farmacia y promotor, pero el problema de la estrategia es la falta de recursos económicos y humanos para cubrir la extensa área que constituye su ámbito de acción. Incluso, esto imposibilita hacer efectivas las donaciones de alimentos para pacientes de tuberculosis.

“La municipalidad nos dona paquete de alimentos para pacientes de TB, ese paquetito pesa más de 20 kilos. Yo le he dicho al ingeniero (de la municipalidad), y él me respondió: nuestras funciones... Hasta acá nomás, de allí tú tienes que ver tus puestos. Me llega 92 canastas ahora, llegan y entran al almacén, poco a poco los chicos (promotores de salud) tengo que rogarle para que se lleve, de tal paciente ha llegado llévate tú canasta, algunos no quieren “no, no mucho me cobran en el transporte”. Cansándose llevan.”

Enfermera, C.N. Puerto Ocopa

En general, las necesidades y vacíos de la estrategia -según la opinión del personal de salud entrevistado-, se puede clasificar en:

a. Falta de infraestructura y equipamiento adecuados

“primero nos faltaría, bueno, un ambiente adecuado, como usted ve es reducido, estamos, bueno, tratamos de acomodarnos, pero nosotros también corremos el riesgo de repente de contagiarnos, ya que estamos en contacto con el paciente, no hay una mejor... no hay una buena ventilación, no hay una buena iluminación, ¿no?, yo ya sé la dificultad que tenemos, el ambiente.”

Técnico enfermero. C.N. Puerto Ocopa

“En mi opinión sería para que haya un laboratorio pequeño para que un paciente... ahí mismo, para que ya no esté yendo a Mazamari a verlo su respuesta ¿no? Que ahí mismo inmediatamente ya que vengan a verlo a la población...”

Técnico sanitario C.N. Puerto Ocopa

b. Falta de recursos: humanos, económicos y medicamentos

“El establecimiento necesita mucho presupuesto” Obstetra. C.N. Sapani.
“No hay un personal estable para esta estrategia, medicinas en el momento que se necesita. La atención es buena, se hace lo posible para atender bien a los pacientes que llegan”

Enfermera, C.N. Sapani

¹¹ El resto de familias de la comunidad que observa este hecho con expectativas y preocupación expresaron su reclamo porque no reciben la explicación ni la información que necesitan.

c. A la estrategia le falta seriedad y criterio de realidad para su implementación

“No dan importancia a la estrategia, falta sensibilización sobre la TBC. No hay presupuesto. Yo me entere de la nueva norma de la estrategia porque estaba en el escritorio”.

Enfermera, , C.N. Sapani

d. Falta de difusión, sensibilización acerca de la enfermedad

No hay un presupuesto adecuado. No hay atención. El establecimiento necesita mucho, presupuesto. En especial esto último, ahora que el trabajo es por resultados se espera que el presupuesto aprobado sea enviado por completo y así trabajar mejor.

Obstetra. , C.N. Sapani

“Ahora a este paciente lo han bajado para que inicie el tratamiento como MDR ¿no? para que ha Satipo lo lleven. Pero el paciente no puede salir, por falta de dinero... Todo como debe ir el paciente (lo he preparado)... El paciente cuenta con un resultado de prueba de sensibilidad, esquema individualizante, placas, prueba de VIH; el tratamiento debe de ser un año y 8 meses ¿no? 18 meses ¿no?... pero como se va mantener”

Enfermera, C.N. Puerto Ocopa

C. CAPACITACIÓN QUE HAN RECIBIDO PARA LA EJECUCIÓN DE LA ESTRATEGIA

El personal de los centros de salud (Centro de Salud Atalaya, Centro de Salud San Martín de Pangoa, cabeza de Microred Puerto Ocopa), dijeron haber recibido capacitación para la estrategia. Sin embargo, el personal de salud que trabajaba en el puesto de salud, así como el agente comunitario de salud afirmaron no haber recibido esta capacitación.

“No he recibido ninguna capacitación para la estrategia. Solo el doctor anterior, encargado de la estrategia, me comunico información de manera verbal”

Enfermera, , C.N. Sapani

“si hemos tenido capacitación para agente comunitario en el 2008.”

Técnico Sanitario . C.N. Puerto Ocopa

D. IDENTIFICACIÓN CON EL TRABAJO QUE REALIZA

No obstante las dificultades en la realización de su trabajo, el personal de salud entrevistado expresó voluntad y entusiasmo con su labor.

“Mi carrera me forma para brindar atención a los pacientes. Me gusta mi trabajo, estoy contenta porque para esto me formé”

Enfermera, , C.N. Sapani

“Soy el responsable de todas las estrategias, una es la TBC y me gusta mi trabajo para eso fui formado.”

Obstetra. , C.N. Sapani

Sin embargo, también expresaron sus preferencias de trabajar en otros programas y no en el de tuberculosis. También se dejó traslucir el miedo al contagio.

OPINIÓN DEL PERSONAL DE SALUD ACERCA DE LA VISIÓN QUE TIENE LA COMUNIDAD SOBRE LA TUBERCULOSIS

La mayoría de entrevistados opinó que en las comunidades nativas existe falta de información sobre la enfermedad junto con un desinterés y falta de conciencia de la gravedad; se guían por ideas mágicas y a diferencia de los colonos -que sí demuestran preocupación-, a los indígenas no les interesa. Solo algunos opinaron que lo que había era un falta de información y que los indígenas estaban solos y sin ayuda de la estrategia para enfrentar el problema.

“No la tienen, no tienen una percepción de la gravedad. La asocian con delgadez, no lo toman como un malestar respiratorio. No están consientes del contagio. Piensan que le han hecho daño.”

Obstetra. C.N. Sapani

“ellos de repente saben que está mal y es lo mismo para ellos, si lo tienen o no lo tienen no es tan alarmante de repente como a una persona civil o como le llaman acá colonos,”

Técnico Enfermero, C.N. Agrupación Ashaninka

“si, el asháninka no tiene cómo combatir este problema, solo acuden a las plantas medicinales y no les hace efecto.”

Agente Comunitario. C.N. Puerto Ocopa

Sin embargo, se admite que algunos indígenas manejan algún tipo de información que les permite acercarse al establecimiento en busca de ayuda.

“...de aquí algunos saben lo que es tuberculosis, lo que considera que es tuberculosis...porque mayormente cuando vienen los pacientes les decimos para que has venido; mira enfermero por favor tengo tos, parece que es..”

Técnico Sanitario. C.N. Puerto Ocopa

PERCEPCIÓN DE LAS IDEAS DE CAUSA Y CONTAGIO QUE MANEJA LA POBLACIÓN

El personal de salud mestizo percibía que la fuente de contagio eran las prácticas ligadas a su cultura, como los continuos desplazamientos o tomar masato en el mismo recipiente; era implícita la idea de que la propia cultura indígena era factor de riesgo. Al contrario, el personal de salud ashaninka opinaba que en las comunidades conocían sobre el contagio.

“pueden contagiarse mediante el masato, ellos preparan su masato, ellos se brindan con un pajo que es como un tazón, se brindan y uno para todos circula, allí puede ser el riesgo de contagiarse, pero se les orienta, pero a veces esa es su cultura,”

Técnico Enfermero, C.N. Agrupación Ashaninka.

En cuanto a la causalidad, el personal de salud opina que en la población nativa se atribuye a la tuberculosis una causalidad mágica.

“Piensan que es daño, así lo llaman. Van a tomar sus hierbas por el curandero o algún familiar”

Obstetra, C.N. Sapani

Sobre la ruta de tratamiento que tienen las comunidades todos coinciden en señalar que la primera opción de búsqueda de tratamiento es el curandero, no es el establecimiento de salud, y que solamente llegan a ellos cuando la situación se torna grave.

Fue interesante la explicación del personal de salud sobre este hecho. Consideran 4 las razones por las cuales se da esta ruta de tratamiento.

- Los ashaninkas no identifican la enfermedad: piensan que es gripe.
- La arraigada costumbre de tratarse con medicina tradicional.
- El alto costo del traslado hasta el establecimiento de salud.
- Por la ausencia del servicio de atención que el establecimiento de salud debiera dar a las comunidades.

PERCEPCIÓN ACERCA DE CÓMO REACCIONA LA COMUNIDAD CUANDO UNO DE SUS MIEMBROS TIENE TBC

Casi en forma unánime el personal de salud admite, no con poca admiración, que un paciente tebeciano en una comunidad nativa no es marginado ni aislado. La TBC es una enfermedad temida, saben que es contagiosa y toman precauciones, pero estas no significan abandono. Incluso puede intervenir la autoridad comunal para proveer ayuda.

“... ellos le brindan la facilidad apoyando de repente con movilidad o no sé, ven ellos, pero sí tienen un buen trato, no le marginan a un paciente enfermo, al contrario ellos están que le alcanzan lo poco que puede ser, de esa parte no hay discriminación al paciente enfermo”

Técnico Enfermero, 30 años. Cód.28.

“cuando hay una emergencia en Satipo, un paciente que no tiene dinero, recopilan su dinero, entonces les dan 100 para... Satipo”

Enfermera. C.N. Puerto Ocopa

“No lo aíslan, pero si ya no lo visitan mucho. Evitan estar con el por mucho tiempo y se alejan al conversar. Saben que la enfermedad es contagiosa”

Enfermera, C.N. Sapani

EL TRABAJO DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN QUE REALIZAN EN LAS COMUNIDADES DEL ÁMBITO ESTUDIADO

En el ámbito estudiado no se realiza un trabajo de información educativa, organizado y planificado con las comunidades nativas. Esta realidad -confirmada por las mismas comunidades-, también es admitida, no sin preocupación, por casi todo el personal de salud entrevistado.

“No hay campaña, solo se le brinda información cuando llegan”

Enfermera, 31 años. Cód.30.

Sin embargo, se hacen esfuerzos por cumplir con esta responsabilidad recurriendo a estrategias que si bien les permite “hablar” del tema no reemplazan el trabajo de información y comunicación educativa. Estas estrategias consisten en aprovechar los momentos en que está reunida un sector de la comunidad (por motivos que no tienen que ver con la TBC) para hablar en tono de alerta y obviamente con grandes limitaciones de tiempo sobre aspectos de esta enfermedad:

“...si sabemos que es la enfermedad de la T.B.C. se le brinda a la población todos los domingos después de Izar la bandera”

Promotor Comunitario. C.N. Puerto Ocopa

“Así exclusivo para TBC no hay, pero cuando vienen así gestantes, para medir peso, talla... de pasadita doy charlas de malaria, TBC, así aprovecho... a veces vienen varios por su sello de JUNTOS (programa de ayuda social) ahí también aprovecho “señorita mi sello” dicen, ahí también aprovecho”

Enfermera. C.N. Puerto Ocopa

En algunos establecimientos, el trabajo y responsabilidad de informar sobre TBC a las comunidades es trasladado casi exclusivamente a los ACS, quienes son convocados para recibir indicaciones de lo que deben hacer en las comunidades. Algunos entrevistados admitieron con preocupación que no necesariamente significa que se brinde la información adecuada.

“No, no tienen la información adecuada. Solo depende del agente comunitario.”

Enfermera C.N. Sapani.

“Las campañas en las comunidades nativas no llegan a todas, no tienen la información necesaria. Solo hace charlas a los agentes comunitarios, pero no ha todos”

Obstetra. C.N. Sapani.

El trabajo de difusión masiva sobre TBC (a nivel de spots o programas radiales, perifoneos y charlas), se encontró solo en un establecimiento de salud en cuyo ámbito estaba una de las comunidades del estudio. Se trataba de un centro de salud ubicado en la capital del distrito pero no necesariamente este gran esfuerzo llegaba a la comunidad nativa.

“Bueno, como le decía de que sobre la enfermedad, la TBC conocen, ya como le mencionaba, nosotros hacemos difusión radial, nos vamos a una radio y difundimos allí mediante media hora o veinte minutos el espacio que nos pueden brindar, por eso difundimos y es por eso que de repente mediante ello llegamos a toda la población, aparte de eso hacemos perifoneo con la ambulancia del hospital, aprovechamos así en las mañanas o en las tardes hacer la difusión vía la ambulancia.”

Técnico Enfermero, C.N. Agrupación Ashaninka

SOBRE MATERIALES Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN INDICADOS POR EL PERSONAL DE SALUD

Los entrevistados señalaron una serie de materiales y medios de comunicación para la realización de un trabajo de información con las comunidades nativas, refirieron las 2 estrategias de información en que se basa el frágil trabajo que realizan.

Se mencionó la necesidad de rota folios, afiches, láminas, trípticos en “su idioma”, para los agentes comunitarios de las comunidades nativas. Asimismo, se mencionó como requerimientos: espacios radiales, megáfonos, volantes, equipos multimedia para charlas y capacitaciones.

se señaló un requerimiento más vinculado con fondos económicos (un programa de IEC junto con un plan de intervención) debido a la necesidad de potenciar el número de recursos humanos y contar con un traductor que los ayude a vencer la barrera del idioma.

“Bueno, nosotros sería lo ideal contar de repente con rota folio, afiches, o láminas para poder dar a cada anexo, ellos para que puedan informarse más. Nosotros no contamos con recursos económicos también para poder de repente mandar volantes.”

Técnico Enfermero, C.N. Agrupación Ashaninka

“...tendría tener lo que es una lámina con un TBC dibujado, como le puede decir eso... (¿Dibujos?) ¡Hay ta!, un dibujitos para explicarle a la paciente como se contagia la TBC...el idioma me gustaría que sea los dos, tanto idioma español y tanto idioma asháninka algunos que entiendan idioma español y el otro para algunos que no entienden idioma asháninka, para que los dos entiendan “

Técnico Sanitario. C. N. Puerto Ocopa

INSTITUCIONES VINCULADAS AL TRABAJO DE INFORMACIÓN REALIZADO POR EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

A nivel comunal, fueron mencionadas la organización del Vaso de Leche, los coordinadores del Programa Juntos. Estos programas, en su ejecución, tienen al establecimiento de salud como punto focal clave.

“Bueno, ONG de repente que trabajamos así coordinadamente no tenemos, solamente trabajamos de repente con el vaso de leche. Ellos vienen mensualmente a pesar a todos los niños y allí aprovechamos nosotros darle su pequeña charla y ellos también nos colaboran cuando nosotros le citamos para tal fecha o tal día ellos acuden todo con las mamás, niños”

Técnico Enfermero, C.N. Agrupación Ashaninka

Instituciones como los centros educativos, las municipalidades, en donde se realizan trabajos de apostolado las iglesias. Para la zona de Atalaya se mencionó el trabajo con la Marina de Guerra, como parte de su servicio social.

“Bueno, las instituciones públicas contamos acá ahorita con la escuela, acudimos a la escuela, colegio, jardines, también un poco con los jardines, mediante los docentes, profesores, con ellos también coordinamos porque allí también puede estar de repente el mal.” Técnico Enfermero, C.N. Agrupación Ashaninka

“La iglesia da unas charlas en los colegios de Atalaya, de la zona, por aquí. Es el grupo de jóvenes de la iglesia. Las charlas son de TBC. La Marina apoya las campañas de los jóvenes.” Obstetra. C.N. Sapani

¿VINCULACIÓN CON LA MEDICINA TRADICIONAL?

Con la excepción de dos personas, esta posibilidad fue negada por los entrevistados.

“Aun no, pero si se conversa en las comunidades, sería un trabajo con ellos, porque primero acuden a sus hierbas, sería bueno. Lo tenemos como una futura estrategia o idea de estrategia está dentro del plan de este año.”

Técnico Enfermero C.N. Agrupación Ashaninka

La otra respuesta que insinuó muy cautelosamente, la importancia de las dos medicinas fue el de un ACS de origen ashaninka.

“...bueno, para mí que son iguales ¿no?, porque la medicina tradicional es también lo mejor y en cambio la medicina, ampollas también,... son iguales ¿no?”

Técnico Sanitario. C.N. Puerto Ocopa

6.3.5. Grupo focal de varones

Este grupo conformado en su mayoría por agricultores con un promedio de edad de 35 años, todos son padres de familia y algunos desempeñan un cargo en la comunidad.

En su mayoría, utilizan el nombre de tuberculosis para referirse a esta enfermedad. Se mencionó también con el nombre “cajas” y el término “pachaki”, en general es considerada una enfermedad grave, contagiosa y “agobiante”.

Se origina por el contagio: aceptar comidas que posiblemente hayan estado en contacto con algún enfermo, el contagio de personas que viene de lejos y son portadoras del mal o por hacer viajes muy lejos, donde existe la enfermedad.

“Puede ser contagio. O si no, cuando te invitan una fruta ya no vas a poder contagiar. La enfermedad, como se dice, ya asomó adentro.”

Comunero ashaninka. C.N. Agrupación Ashaninka

Consideran que es una enfermedad curable si se la reconoce a tiempo y que la cura es con el tratamiento a base de pastillas que se da en el establecimiento de salud.

Reconocen los síntomas característicos de la tuberculosis: sudor, falta de apetito, tos nocturna, baja de peso.

Señalaron las siguientes situaciones por medio de las cuales se puede adquirir la enfermedad: la pobreza, los que viven lejos de los centros urbanos o semiurbanos donde hay acceso a la atención o al tratamiento. Específicamente se mencionó a los ashaninkas de las comunidades del Ene.

“Creo, en el caso que he visto es... las comunidades más lejanas, por ejemplo, puede ser en el Ene, la del río Ene, las comunidades nativas, también las personas que viven lejanas del pueblo, donde no hay centros de salud... mala economía, etc. ¿no?”

Agricultor ashaninka. C. N. Agrupación Ashaninka

6.3.6. Grupo focal mujeres

Este grupo estuvo conformado por 7 mujeres con un promedio de 34 años y una mujer de 55 años, todas madres de familia con hijos.

Las señoras utilizan el nombre de “mal de caja”, “la caja” y también tuberculosis para referirse a esta enfermedad. Consideran que su causa es la mala alimentación, el contagio de una persona enferma, el contacto con utensilios contaminados por un enfermo y nuevamente aparece “los extraños que vienen con este mal”, como causantes de esta enfermedad.

“Los que viven más lejanos... eso más que ataca la enfermedad porque no hay, no hay ahí médicos... pastillas pa’ que toman, porque son lejos, los que viven, más que nada, los paisanos.”

Comunera machiguenga C. N. Agrupación Ashaninka

Reconocen los síntomas de la enfermedad: fiebre, falta de apetito, enflaquecimiento, tos por 15 días, sudor nocturno. En cuanto al contagio, unas afirmaban que sí era contagiosa pero otras dudaban que lo fueran.

“La verdad, no es contagiosa, es contagiosa, no sé la verdad. Nunca a mí no me han contagiado esa enfermedad.”

Comunera machiguenga . C. N. Agrupación Ashaninka

El tratamiento para la tuberculosis está en el establecimiento de salud, es una opinión unánime en todas las señoras.

“Bueno, este, primero tratar en una posta de salud, con el especialista que esté... especializado en esto, ¿no?, en la tuberculosis.”

Ama de casa 32 años, C.N. Puerto Ocopa

Consideran que esta enfermedad “agarra” cuando hay una mala alimentación, cuando no hay conocimiento. También se considera un factor de riesgo vivir lejos de los establecimientos de salud donde no hay acceso a remedios, atención médica.

Por primera vez apareció el tema de la pobreza relacionada al riesgo; es decir, la gente pobre que no puede acceder al tratamiento es la que más se enferma y contagia.

“Los más afectados son la gente que no tiene mucha economía, porque no se cura rápido. Y la gente más pobre nos contagiamos más. Aunque tenemos niños, nos contagiamos entre nosotros, porque no nos vamos a hacernos controles.”

Ama de casa, C.N. Agrupación Ashaninka.

En cuanto a la prevención, el grupo consideró que se necesitaba alimentarse bien, mencionaron en forma especial la leche y caracoles o sanquiuro. Mencionaron también como una forma de prevención el amamantamiento.

La actitud hacia el enfermo está caracterizada por la solidaridad, el brindar ayuda. La viuda de un tuberculoso enfatizó “el no dejarle hasta el último día”. Esto no significó que no expresaran su miedo al contagio. Apareció aquí como actitud frente al enfermo de no tener miedo a la enfermedad.

“También yo no creo que me va a contagiar, no tengo miedo y le invito cualquier cosa, le invito a comer...”

Grupo Focal. Comunera Asháninka, C.N. Agrupación Ashaninka

6.3.7. Grupo focal jóvenes

Los jóvenes (promedio de edad 18 años) identificaron a la enfermedad con su nombre científico de tuberculosis TBC. Saben que es una enfermedad que ataca al pulmón.

Consideran que es una enfermedad que tiene cura, hay que acudir al establecimiento de salud, donde hay tratamiento. Conocen la prueba de esputo.

Los síntomas son tos por más de 15 días, pérdida de peso, la TBC ataca a los pulmones, es todo.

Grupo focal de jóvenes. C.N. Agrupación Asháninka

Consideran que es una enfermedad contagiosa que puede causar la muerte y que su causa es la mala alimentación, descuido, falta de higiene y estar cerca de un enfermo.

“Es una enfermedad muy contagiosa, tantas cosas, puede venir la muerte.”

Grupo Focal Jóvenes. C.N. Agrupación Asháninka.

Reconocen como síntomas de esa enfermedad: enflaquecimiento, tos y sudor nocturno por más de 15 días.

En este grupo apareció por primera vez que el vivir lejos del establecimiento de salud o no tener acceso a la información es un factor de riesgo.

“Las personas que están más alejadas y no tienen economía suficiente para...para salir a la posta, ver su chequeo médico...eso...todo eso pues”

Grupo focal jóvenes. C.N. Agrupación Asháninka.

En cuanto a prevención señalaron el alimentarse bien y los antibióticos, lo que da una idea de la diferente información que manejan los jóvenes al respecto.

“Alimentarnos, no hay que descuidarnos. Comer diario huevo de gallina de chacra.”

Grupo focal jóvenes. C.N. Agrupación Asháninka.

En cuanto a la actitud hacia el enfermo de la tuberculosis en la comunidad, este grupo no pareció mostrar la solidaridad que mostraron los informantes mayores. En ellos primó el miedo al contagio, la opinión de que deben estar lejos en un hospital y que deben curarse para que no contagien a más personas.

“Y le mandaré al hospital, que vaya a curarse porque aquí lo contagia a los demás.”

Grupo focal C.N Agrupación Asháninka

Se preguntó si conocían sobre charlas sobre tuberculosis, impartidas por los profesores en los centros educativos. La respuesta unánime fue: “no se dan charlas”.

Este grupo de jóvenes expresó que le gustaría recibir información sobre tuberculosis con materiales como videos, láminas; en general, metodologías interactivas que difieran de las tradicionales charlas.

6.4. Caso SHEBOJA

Durante el trabajo de campo en la comunidad de Puerto Ocopa, el equipo se encontró con un paciente MDR derivado de su puesto de salud a la cabecera de RED de Puerto Ocopa. Fue derivado para recibir el tratamiento estandarizado por diagnóstico de recaída.

Era un paciente de 22 años, comunero de Sheboja, perteneciente a la etnia ashaninka, que al momento de la entrevista, se observaba adelgazado, decaído, tos persistente y en cuyo examen físico se constató roncus en ambos campos pulmonares y algunas sibilancias en ápice de Hemitórax derecho. Pesaba 44 kg, medía 155 cm, con Índice de Masa corporal (IMC), de 18,31.

La primera vez que empezó a sentir los síntomas asociados a tuberculosis se dirigió a un curandero en Pucallpa. La consulta le costó S./150, para lo cual vendió 6 gallinas de corral. El curandero lo vaporeó y le dió hierbas medicinales para el “daño que tenía”. Después de varios meses y al no curar, el curandero le dijo que tenía que ir al establecimiento de salud porque su dolencia era “tuberculosis”.

En el 2004, le diagnosticaron tuberculosis en el CS de Sheboja e ingresó al sistema de salud oficial bajo esquema I del tratamiento oficial (2004: 2RHZE/4R2H2), recibió el tratamiento en su misma comunidad por un promotor de salud. A los 6 meses fue dado de alta con diagnóstico de cura. Posteriormente sufrió dos recaídas en el 2006 y 2009. Ambas fueron tratadas bajo el esquema II (2006: 2RHZE/R2H2 4R2H2E2, 2009: 2RHZE/R2H2 4R2H2E2). El último esquema finalizó en octubre del 2010, desde la fecha continuó con síntomas persistentes de tos, falta de apetito y decaimiento.

De acuerdo a los criterios clínicos, antecedentes de la enfermedad y epidemiológicos, el paciente debería ir a evaluación por el "Comité de evaluación de re-tratamiento intermedio (CERI)". En el CERI, una vez al mes se revisan los casos especiales de TB sean presentados, expuestos, deliberados, por los consultores de la DIRESA Junín y todas las redes de salud-generalmente neumólogos capacitados y acreditados-quienes después de analizar y deliberar vierten conclusiones y recomendaciones a los responsables. Generalmente, en esta reunión atienden casos que deben ingresar a recibir esquemas estandarizados e individualizados, cuyos fármacos son seleccionados por este comité.

Se decide iniciar las respectivas coordinaciones por parte del personal de la ESNTB para que el paciente sea trasladado a Satipo e inicie las coordinaciones para el ingreso al CERI. El traslado del paciente hacia Satipo toma 2 horas en carro -a un costo de S./ 50 ida y vuelta-, no es cubierto por el sistema de salud. Este presupuesto tienen que pagarlo los pacientes, los cuales generalmente no tienen; muchas veces el personal de salud cubren esos gastos de su propio salario.

En esta oportunidad se logró conseguir dicho presupuesto. Al informarle al paciente que debía trasladarse a Satipo y que estaba cubierto su pasaje, contestó que “No iba”. Después de varias horas de explicación, nos dimos cuenta que debíamos de reafirmar que el pasaje era una “donación”. Le había sucedido en reiteradas oportunidades que le entregaban dinero para su traslado y luego el personal de salud le cobraba el monto. Al paciente “no le gustaba deber a nadie”. Había llegado desde su comunidad, a 6 horas de viaje por el Río Tambo, gracias al apoyo de su comunidad con S./50.

Una vez en el Hospital Manuel Higa Arakaki, red de salud Satipo, observamos que para ingresar a evaluación por el Comité CERI, el paciente debía cumplir con ciertos exámenes (Hemograma completo, Bioquímico completo, esputo, cultivo, radiografía de tórax, evaluación por Psiquiatría, evaluación por Asistencia Social). Muchos de estos análisis no eran cubiertos por el SIS y el paciente debía de correr con los gastos. El personal de la ESNTB conseguía que la asistente social tramite todos los exámenes en forma gratuita. Sin embargo, para ser evaluado por el neumólogo y todo el equipo CERI, debía de trasladarse a la Merced. En ese lugar recibiría su tratamiento estandarizado por 24 meses. Es decir, nuestro paciente debía mudarse por 2 años desde su comunidad Sheboja a La Merced para recibir un tratamiento nuevo.

Si bien la ESNTB hizo un esfuerzo valioso para no perder este paciente MDR (incluso, a la fecha siguen coordinando posibilidades para llevarlo a Satipo y la Merced); no existe un mecanismo de coordinación ni contención de los pacientes que se encuentran en exclusión geográfica y social. Al preguntarle al personal

de la ESNTB si existía presupuesto para estos casos, nos informaron que lo habían presentado en su PPR, sin embargo habían recibido el 13 % del monto solicitado.

ESNTB: “Me di con la ingrata sorpresa de que el presupuesto que me asignaron es solo el 13% del presupuestado, de ello solo me autorizan el 25% para la compra de insumos y medicamentos, ni siquiera figura en las sub-finalidades, el traslado de pacientes- no tengo presupuesto para ello-,el 75% de este presupuesto es para contratación de personal. Pero si reflexionamos un poco, contratamos personal, los enviamos a estas localidades y por mas conocimiento y aptitudes que ellos tengan, podrán enfrentar los problemas de salud sin contar con las herramientas que requieren.”

El paciente no tenía dinero ni familiares para ir a la Merced, mucho menos para quedarse una noche más en Satipo.

Después de dos días de travesía, el paciente MDR de Sheboja regresó a su comunidad.

CONCLUSIONES



7. Conclusiones

OE1: Identificar y comprender los significados atribuidos a la tuberculosis, sus causas, atención, tratamiento, severidad y secuelas en adultos varones, adultos mujeres y escolares afectados por TBC, autoridad comunal y personal de salud en el pueblo indígena ashaninka.

LA SIGNIFICACIÓN QUE LA POBLACIÓN ASHANINKA ENTREVISTADA ATRIBUYE A LA TBC.

Tanto los varones y mujeres adultos de las comunidades ashaninkas de este estudio, así como sus autoridades comunales -e incluso los afectados por la enfermedad-, comparten la misma representación de la TBC en los siguientes aspectos:

- El término tuberculosis no es el más usado, solo el 5.9% de los encuestados utilizó esta denominación y solo al existir un diagnóstico médico. El nombre más utilizado es el de “mal de caja”, “mal del pulmón”. En idioma ashaninka la TBC recibe los nombres “*Jojojenka*”, “*Kemirejenka*”. “*Jojojenka*” que hace referencia al sonido de la tos del enfermo. También se usa el término *kemirejenka* que hace referencia a una situación de enfermedad.
- En el ámbito estudiado, la mitad de la población encuestada considera que la TBC es una enfermedad grave (46%) y contagiosa (51%). Sin embargo, la otra mitad de entrevistados niega o ignora que sea contagiosa y grave.
- Se perciben dos formas de contagio. Estas formas por las cuales “agarra” la TBC son: por estar próximos a personas enfermas con tuberculosis (en especial cuando tosen o cuando hablan) y la otra cuando se comparten utensilios en contacto con el enfermo (especialmente con la saliva del enfermo)
- Cabe señalar que estas formas de contagio son reconocidas como tales, siempre y cuando se haya identificado previamente, vía diagnóstico médico a la persona como tuberculosa; de otro modo pierden su categoría como formas de contagio.
- Consideran que las situaciones que ocasionan que una persona contagie la enfermedad son la “mala alimentación” (90%) y el hacinamiento (68%).
- La mayoría de pobladores del ámbito estudiado (73%) percibe la TBC como una entidad única; es decir, no reconocen clases o tipos o niegan que existan tipos de TBC. Solo un 26% admitía la existencia de clases de esta enfermedad.
- Los entrevistados identifican dos causas atribuidas a la TBC (incluso los que han tenido una relación directa con la enfermedad): la humedad excesiva absorbida por el cuerpo y considerada un descuido de la persona consigo misma (53.5%), y la mala o falta de alimentación (46.5%)
- Asimismo, aunque no muy frecuente, se encontró alusiones que vinculaban la TBC con un síndrome cultural como el “daño” o “La maldad” que al parecer explica la causa de la afección, incluso cuando se tiene el diagnóstico de laboratorio.
- Consideran que la forma en que esta enfermedad es contraída por una persona sana (le agarra la enfermedad), es a través del aire, al estornudar (78%) y/o por contacto con personas enfermas o con sus utensilios.
- Se reconocieron 7 síntomas atribuidos a esta enfermedad que coinciden con parte de la sintomatología médica de la TBC: cansancio, tos nocturna - puede ser con flema y sangre-, sudoración, pérdida de peso, fiebre. En la percepción de quienes están afectados por la enfermedad se priorizan tres síntomas: cansancio, tos nocturna y enflaquecimiento. En la encuesta poblacional, el síntoma mayoritariamente asociado a la TBC es cansancio 73.1%, baja de peso 70.6% y tos con flema 68.8%.
- Se reconoce la importancia del tratamiento médico oficial para la cura, pero no significa que la primera opción de búsqueda de ayuda sea el del establecimiento de salud. Antes se busca tratamiento a nivel de hierbas y de la curandería.
- En tal sentido, se configura una ruta de tratamiento que se inicia a nivel familiar con el uso de hierbas medicinales, continúa con la búsqueda de un curandero y puede terminar con la búsqueda de tratamiento oficial.
- La mayoría de entrevistados (80%) considera que una vez indentificada la enfermedad como TBC, existe un tratamiento capaz de curar la enfermedad, proporcionado por el sistema oficial de salud. El 89% señala que si tuvieran la enfermedad acudirían al puesto de salud. La mayoría niega que el

curandero pueda curar esta enfermedad (54%); sin embargo, un 46% afirmó que sí curaba o que en realidad “no sabían”.

EL SIGNIFICADO PARA LOS AFECTADOS POR TBC

- El término tuberculosis para referirse a la enfermedad fue usado por este grupo, y había sido adquirido durante el diagnóstico y tratamiento en el establecimiento de salud. También reconocieron la existencia de 2 clases de TBC: “la más fuerte” y la que no lo es.
- En este grupo se reconoce que es una enfermedad grave porque causa la muerte o “afecta” los pulmones. El sentido de gravedad atribuido a la TBC tenía que ver también con lo que llaman “el avance” de la enfermedad en la destrucción de un órgano del aparato respiratorio (el pulmón). Es decir, al inicio del cuadro no es considerada grave.
- Es considerada una enfermedad curable. Esta curabilidad tiene que ver con la etapa de la enfermedad; es decir, los entrevistados consideraron que si la enfermedad está “recién comenzando” es curable. El sentido de cura estuvo asociado con el tratamiento médico oficial. Reconocen la efectividad del tratamiento oficial para esta enfermedad.
- Consideran que se puede prevenir, señalan específicamente tres formas de prevención: la limpieza y desinfección de los utensilios, no permanecer con la ropa húmeda en situaciones donde hay excesiva humedad y alimentándose bien. Hay una relación entre esta idea de prevención con la causalidad atribuida a la enfermedad. Al haber seguido el tratamiento oficial, en este grupo existe la idea de que una forma de prevenir era acudir periódicamente al establecimiento de salud para detectar tempranamente la enfermedad.

EL PERSONAL DE SALUD: SIGNIFICADO DE SU TRABAJO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE CONTROL DE TBC EN COMUNIDADES ASHANINKAS

- El significado de la enfermedad que maneja el personal de salud entrevistado es el de la medicina oficial, con un enfoque biológico de la enfermedad, con la exclusividad de tratamiento de tipo farmacológico, etc. En forma resumida, es el enfoque de la estrategia nacional de control de TBC. En este grupo de enfermeras y médicos entrevistados se destaca el significado que tenía su quehacer cotidiano en la implementación de la estrategia nacional en las comunidades ashaninkas. El personal de salud opina que la población nativa atribuye a la tuberculosis una causalidad mágica.
- La mayoría de entrevistados opinaron que en las comunidades nativas hay una falta de información sobre la enfermedad junto con un desinterés, falta de conciencia de la gravedad, se guían por ideas mágicas y a diferencia de los colonos que sí demuestran preocupación, a los indígenas no les interesa. Solo algunos opinaron que no había información y que los indígenas estaban solos y sin ayuda de la estrategia para enfrentar el problema.
- Mientras el personal de salud mestizo tenía la concepción de que la fuente de contagio eran sus prácticas ligadas a su cultura como los continuos desplazamientos, el tomar masato en mismo recipiente. Dejando implícita la idea de que su cultura indígena era un factor de riesgo, los agentes comunitarios de salud (ashaninkas), consideraban que las comunidades manejan los mismos conocimientos de formas de contagio (compartir los utensilios de comida de un enfermo, estar expuesto a la tos del enfermo, etc) siempre y cuando la enfermedad es identificada.
- Sobre la ruta de tratamiento que tienen las comunidades, todos coinciden en señalar que la primera opción de búsqueda de tratamiento es el curandero (no es el establecimiento de salud), y que solamente llegan a ellos cuando la situación se torna grave.
- Consideran 4 las razones por las cuales se da esta ruta de tratamiento: Los ashaninkas no identifican la enfermedad: a). piensan que es gripe. b). La arraigada vigencia de su costumbre de tratarse con medicina tradicional. c). El alto costo para el comunero de trasladarse hasta el establecimiento de salud. d). Por la ausencia del servicio de atención que el establecimiento de salud debiera dar a las comunidades.
- En relación a la estrategia sanitaria para control de tuberculosis, el personal de los establecimientos parecía estar focalizado en la identificación de casos (por sobre cualquier otro objetivo), para lo cual se apoyaban en los agentes comunitarios de salud. Una vez detectado el caso, el trabajo de atención se concentraba en el paciente captado y su familia. En las comunidades donde no hay agente comunitario de salud el trabajo de captación y seguimiento de casos de tuberculosis se ve afectado.
- Reconocen necesidades y vacíos en la ejecución de la estrategia nacional de control de la TBC que se pueden resumir en: a). Falta de infraestructura y equipamiento adecuados b). Falta de recursos: humanos, económicos y de medicamentos c). A la estrategia le falta seriedad y criterio de realidad para su implementación. d). Falta de difusión, sensibilización acerca de la enfermedad.

- El personal de salud entrevistado en los centros de salud (centro de salud Atalaya, centro de salud San Martín de Pangoa, cabeza de Microred Puerto Ocopa), dijeron haber recibido capacitación para la estrategia. Sin embargo, el personal de salud que trabajaba a nivel de puesto de salud, así como el agente comunitario de salud, dijeron no haber recibido esta capacitación.

AUTORIDADES COMUNALES: RECLAMAN UN PAPEL EN EL CONTROL DE LA TBC

- Consideran que tener información sobre esta enfermedad es una forma de prevenir. Reconocen que quien maneja esta información es el personal de salud, por lo que demandan su presencia. Reclaman que el puesto de salud no hace campañas de tuberculosis, ni se brindan talleres.
- Sin embargo, como jefes de comunidad demandaron que además de las charlas del personal de salud, quieren tener una identificación de los casos de tuberculosis para organizar la prevención y evitar el contagio en la comunidad. Se sienten marginados por el personal de salud porque no coordinan con ellos cuando imparten charlas en las comunidades.
- Algunas autoridades tienen la iniciativa de tratar el tema de la TBC en las reuniones y actividades diarias de la comunidad de manera informal, en forma de conversatorio, tratando de llenar el vacío de información del sistema oficial de salud.

LOS Y LAS JOVENES ASHANINKAS Y LA TBC

- Identificaron a la enfermedad con su nombre científico de tuberculosis TBC. Saben que es una enfermedad que ataca al pulmón. Consideran que es una enfermedad contagiosa que puede causar la muerte.
- Consideran que es una enfermedad que tiene cura, para esto hay que acudir al establecimiento de salud donde hay tratamiento. Conocen la prueba de esputo.
- La causa es la mala alimentación, el descuido, falta de higiene y estar cerca de un enfermo. Reconocen como síntomas el enflaquecimiento, tos y sudor nocturno por más de 15 días.
- En cuanto a la actitud hacia el enfermo, este grupo no pareció mostrar la solidaridad que mostraron los informantes mayores. En ellos primó el miedo al contagio, la opinión de que deben estar lejos en un hospital para no contagiar.
- Se preguntó si es que conocían sobre charlas sobre tuberculosis impartidas por los profesores en los centros educativos. La respuesta unánime fue: “no se dan charlas”.

OE2: Identificar las actitudes y prácticas de escolares, adultos varones, adultos mujeres, en relación al riesgo, diagnóstico, enfermar, tratar y prevenir la TBC en todas sus formas en el pueblo indígena ashaninka.

ACTITUDES DE LA POBLACIÓN ADULTA DE LAS COMUNIDADES HACIA LA ENFERMEDAD

- La tuberculosis está dentro del grupo de enfermedades graves que les preocupa, aunque no le otorgan un énfasis prioritario. Dentro de este grupo, la enfermedad que mereció una mayor mención fue el paludismo.
- En el plano de las enfermedades que “más dan”; es decir, las reconocidas como más frecuentes en la comunidad se ubican las afecciones vinculadas al aparato respiratorio como tos, resfrío, gripe. Algunos síntomas y signos de la TBC Pulmonar podrían estar ubicados dentro de estas afecciones percibidas como más frecuentes pero no fueron especificadas,
- Es considerada una enfermedad contagiosa por el 51% de los entrevistados aunque el 48% negó que fuera contagiosa o en realidad no lo sabía.
- En forma mayoritaria (72%) los entrevistados desconocen o no saben que existen tipos o clases de tuberculosis, la perciben como una sola entidad.
- Es considerada una enfermedad curable por la mayoría (69%) de la población encuestada en todo el ámbito de estudio. El tratamiento de elección para lograr esta cura es el que brinda el establecimiento de salud (91,0%).
- Sin embargo, el acercamiento cualitativo identificó que esta curabilidad tiene que ver con la etapa de la enfermedad. Es decir, los entrevistados consideraron que si la enfermedad está “recién comenzando” entonces es curable, de otro modo no.
- El 78,5% de los adultos encuestados no identifica que el factor educación en la población evite el riesgo de enfermar de TBC, fueron categóricos en negar que la tuberculosis le “agarra” a aquellos que no tienen estudios.

- En general la búsqueda de solución a los problemas de salud, no se inicia en el establecimiento de salud, sino que termina allí. Se inicia a nivel familiar, luego con el agente médico tradicional y finalmente se llega al puesto de salud. Esta ruta de búsqueda puede tener alternancias. La TBC (mientras no se identifica como tal) no escapa a esta ruta de tratamiento
- La identificación de la TBC mediante el diagnóstico médico realizado por el personal de los establecimientos de salud inclina al enfermo hacia la búsqueda del tratamiento médico oficial. El 86% de la población adulta entrevistada considera que la cura de la TBC se encontraba en el tratamiento que proporcionaba el establecimiento de salud.
- No obstante la mayoritaria adhesión al tratamiento médico oficial expresada en la encuesta, estos mismos entrevistados reconocieron la importancia de la medicina tradicional que puede acompañar al tratamiento médico oficial. Estos tratamientos están preparados con plantas medicinales (66%) y animales (11%)
- Los factores de riesgo asociados a que una persona se enferme de tuberculosis, son la “mala alimentación” (en el 90,3% de los encuestados), como vivir muchas personas juntas en un espacio pequeño (67,6%), tomar mucho (61,8%) y ser pobres (55,2%)
- De las prácticas de prevención que son recomendadas por personal del establecimiento de salud, la población adulta afirma practicar las siguientes: taparse la boca al toser. (76%), no se debe compartir cucharas o platos (59%), asegurarse que haya luz natural en la casa (51,4%). Solo un 48,6% sugiere que ventilar la casa luego de estar cerca de una persona con tuberculosis previene el contagio.

LOS Y LAS JÓVENES ASHANINKAS

- En este grupo apareció por primera vez que vivir lejos del establecimiento de salud o no tener acceso a la información es un factor de riesgo.
- La confusión o la mala información que tienen sobre la prevención se reveló cuando manifestaron como prácticas preventivas alimentarse bien y aplicarse antibióticos,

LA ACTITUD DE LA POBLACIÓN HACIA EL ENFERMO

- La encuesta indica que no existe ninguna forma de exclusión o discriminación frente a una persona con TBC: niega que tenga que estar lejos de su comunidad 69,8%, o que no deban asistir a fiestas o asambleas comunales 65,2%, o que los niños dejen de asistir a la escuela 57,5%. En general, más del 70% de los encuestados no consideran que la enfermedad sea una causal que obligue a separar al familiar tuberculoso de la familia.
- Sin embargo, el estudio cualitativo indicó que en estas comunidades sí existe temor a ser contagiado por un miembro de la comunidad que tiene la enfermedad, pero este temor no se manifiesta como un rechazo o discriminación abierta.
- Este temor al contagio, hace que surjan formas de distanciamiento de amigos y familiares que se evidencian en el ritual más importante de convivencia social: la “toma de masato”, bebida tradicional que la costumbre obliga a tomar en grupos utilizando un solo recipiente entre todos los asistentes.
- El distanciamiento de amigos y parientes que genera la enfermedad, es sentido por el paciente que tiende a alejarse y restringir su vida al ámbito de la familia nuclear.

OE3: Identificar la información acerca de la salud respiratoria y la prevención TBC que se maneja en el pueblo indígena ashaninka y las fuentes de información existentes y potenciales.

- La mayoría (54%) atribuye la causa de la TBC al frío, a la humedad, también a la mala alimentación y la desnutrición.
- Consideran que esta enfermedad es contraída por una persona sana (le agarra la enfermedad), a través del aire, al estornudar (78%) y/o por contacto con personas enfermas o con sus utensilios.
- En forma mayoritaria (72%) los entrevistados desconocen o no saben que existen tipos o clases de tuberculosis, la perciben como una sola entidad.
- Es considerada una enfermedad contagiosa por el 51% de los entrevistados aunque el 48% negó que fuera contagiosa o en realidad no sabía.
- Consideran que las situaciones que ocasionan que una persona se contagie son la “mala alimentación” (90%) y el hacinamiento (68%).

- La mayoría de encuestados (54%) no considera que sea una enfermedad grave o simplemente lo ignoran. Los que consideraron que sí es una enfermedad grave es porque causa la muerte o “afecta” los pulmones.
- Es vista como una enfermedad curable (69%) para la cual existe un tratamiento (71%) al que consideran el único capaz de curar (67%) y que proporciona el sistema oficial de salud 80%. El 89% de los encuestados señala que si tuvieran la enfermedad, acudirían al puesto de salud.
- La mayoría niega que el curandero pueda curar esta enfermedad (54%); sin embargo, 45% afirmó que sí curaba o que en realidad no sabían.
- De las medidas preventivas que realizarían si estuvieran cerca de una persona enferma con TBC, señalan en forma mayoritaria a “decirle que se cubra la boca cuando tose”, “no compartir utensilios” (76% y 58% respectivamente).
- En forma casi unánime, los entrevistados señalaron que en sus comunidades no se daban acciones de información sobre esta enfermedad por parte del establecimiento de salud, ni que estén dirigidas a las familias de las comunidades. Esto tiene consonancia con el 62% de la población encuestada en las comunidades estudiadas que sostienen no haber recibido charlas sobre TB.
- Unos entrevistados señalaron algunas acciones realizadas por el establecimiento de salud, pero que no estaban dirigidas a la comunidad en pleno, por lo tanto no varían la percepción sobre su falta de información. Son el caso de acciones esporádicas de algún promotor entusiasta, el recuerdo de campañas hechas años atrás. Asimismo recuerdan la colocación de afiches y nada más.
- En el ámbito de estudio se da una mayoritaria preferencia por los medios grupales para recibir información (76%), específicamente “las charlas”. Con ayuda de técnica cualitativas se encontró que los pobladores preferían medios más interpersonales de información, que permitieran acercarse a los miembros de las familias.
- La mayoría de entrevistados (69.6%) expresaron su preferencia por materiales audiovisuales como fotos o videos para recibir la información.
- El tipo de información que les interesa recibir está relacionado con la forma de evitar el contagio y la forma de distinguir la TBC de otras enfermedades.

OE4: Identificar un mapeo de actores, fortalezas, amenazas, oportunidades y debilidades de las comunidades para enfrentar a la enfermedad (promoción, prevención, atención, tratamiento) a niveles individuales y comunitarios.

- La población de las comunidades cuenta con una organización de primer nivel . Asimismo pertenece a organizaciones de segundo y tercer nivel.
- Los encuestados identifican claramente su jerarquía comunal, el jefe o autoridad comunal es al primero a quien consultar en procesos referentes a la salud de su comunidad.
- Reconocen además la federación a la que pertenecen como entidades importantes para desarrollar temas de salud en la zona.
- Por comunidad, se identificaron organizaciones de base, siendo el Vaso de Leche, Club de Madres y el programa JUNTOS, los más mencionados.
- Los jefes de comunidad demandan tener una identificación de los casos de tuberculosis, para organizar la prevención y evitar el contagio en la comunidad.
- Algunas autoridades tienen la iniciativa de tratar el tema de la TBC en las reuniones y actividades diarias de la comunidad de manera informal, en forma de conversatorio, tratando de llenar el vacío de información del sistema oficial de salud.
- Manifiestan la necesidad de información como una forma de prevención de esta enfermedad. Reconocen que quien maneja esta información es el personal de salud, por lo que demandan su presencia.
- Reclaman que el puesto de salud no hace campañas de tuberculosis, ni se dan talleres.
- El medio masivo de difusión por excelencia es la radio. Todas las familias tienen un aparato de radio, esto fue observado durante la permanencia en las comunidades.
- Se identificaron 9 emisoras radiales cuyo alcance llega a las comunidades de este estudio que pueden ser utilizadas como forma de difundir información del tema.

◊ BIBLIOGRAFÍA



8. Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. Control mundial de la tuberculosis: Supervisión, Planificación, financiación. Informe OMS 2008. WHO/HTM/TB/2008.393.
- CONAMUSA. Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis en el Perú 2010 – 2019.
- WHO. Estrategia DOTS/TAES. Accesado el 25 de mayo de 2009.
- <http://www.who.int/tb/dots/whatisdots/en/index.html>
- Maud MTE Huynen, Pim Martens, Henk BM Hilderink. The health impacts of globalization: a conceptual framework. *Globalization and Health* 2005, 1:14.
- <http://globalizationandhealth.com/content/1/1/14>.
- Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Salud Pública. Pluspetrol Gerencia EHS y Comunidades Nativas. Los Matsiguengas y el Proyecto Camisea, la salud en comunidades de la zona de influencia, Lima, 2006..
- Stephens C, Porter J, Nettleton C, Willis R. Disappearing, displaced, and undervalued: a call to action for Indigenous health worldwide. *The Lancet* 367: 2019-28. 2006.
- United Nations 2004. *Third Committee Recommends Second Decade Of World's Indigenous People; Continues Discussion Of Racism, Self-Determination*. [cited 2005 06/20/2005]; Available from: <http://www.un.org/News/Press/docs/2004/gashc3799.doc.htm>
- Krieger, Nancy “A glossary for social epidemiology”. *Journal of Epidemiology and Community Health*: 693-700. 2001..
- Portocarrero G. Discriminación social y racismo en el Perú de hoy. en *500 años después... ¿el fin de la historia?*, ed. NG Manrique, Luis Miguel; Muñoz, Fanni; Portocarrero, Gonzalo; Trelles, Efraín, pp. 179-97. Lima: Escuela para el Desarrollo. 1992.
- Santos Martín. La cuestión racial: un ajuste de cuentas en tiempos de globalización y postmodernidad. *Debates en Sociología* N° 27. Lima: PUCP. 2002.
- Dante Culqui1, Carol Zavaleta1, Javier Romero, César Bonilla, Omar Trujillo, Neptalí Cueva. Tuberculosis in indigenous populations in Peru: The Aimara of Peru, 2000-2005.
- Kleinman, A., Concepts and model for the comparison of medical systems as culturalsystems. *Social Science and Medicine*, 12 B: 85-94. 1978.
- Cárdenas, Clara Los Unaya y su mundo: aproximación al sistema médico shipibo conibo del río Ucayali. CAAAP. 1989.
- Santos,F y Barclay ,F Guía etnográfica sobre la alta amazonía (volumen V). IFEA. 2005.
- Brown, M. y Fernández, E. *War of Shadows; The struggle for Utopia in the Peruvian Amazon*. California: University of California Press. 1991.
- CAAAP. Perfil etnográfico de los Ashaninka: Información del Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica, CAAAP.
- Heise,M., Landeo L. y A. Bant. *Relaciones de género en la amazonia peruana*. Lima: CAAAP. 1996



PERÚ Ministerio de Salud



Invirtiendo en nuestro futuro
El Fondo Mundial
De lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria



ESTUDIO SOCIOCULTURAL DE LA COSMOVISIÓN Y PRÁCTICAS EN COMUNIDADES INDÍGENAS ASHÁNINKAS

Estudio realizado en comunidades asháninkas de las regiones Junín (4) y Ucayali (1): Agrupación Asháninkas, Teoría, Cushiviani, Puerto Ocopa en la provincia de Satipo, Junín; y Sapani, en la provincia de Atalaya, Ucayali. El estudio se realizó a fin de conocer el universo de concepciones y prácticas relativas a la tuberculosis: conocimiento de la enfermedad, itinerarios terapéuticos, cumplimiento del tratamiento, percepción de los establecimientos de salud, actores claves y entorno.

Socios En Salud Sucursal Perú
Av. San Borja Norte # 1245
San Borja
Telf.: 612-5200
www.sociosensalud.org.pe
www.latbsecuragratias.pe