



PERÚ

Ministerio
de Salud



ESTUDIO SOCIOCULTURAL SOBRE LA COSMOVISIÓN Y LAS PRÁCTICAS ASOCIADAS A LA TUBERCULOSIS EN COMUNIDADES INDÍGENAS QUECHUAS



INFORME FINAL

Objetivo 1 TB - Octava Ronda

Perú - 2011

♦ **ESTUDIO SOCIOCULTURAL SOBRE
LA COSMOVISIÓN Y LAS PRÁCTICAS
ASOCIADAS A LA TUBERCULOSIS
EN COMUNIDADES INDÍGENAS
QUECHUAS**



INFORME FINAL

Objetivo 1 TB - Octava Ronda

Perú - 2011

Contenido

RESUMEN EJECUTIVO	7
1. INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO	10
1.1. JUSTIFICACIÓN	10
1.2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	11
1.3. MARCO METODOLÓGICO	11
2. DATOS GENERALES DE LAS ZONAS ESTUDIADAS	16
2.1. COMUNIDAD DE LA ESMERALDA, DISTRITO DE ANCO, HUANCAMELICA	16
2.2. COMUNIDAD DE BUENA GANA, DISTRITO DE ANCO, AYACUCHO	17
2.3. COMUNIDAD DE VICOS, DISTRITO DE MARCARÁ, ANCASH	18
2.4. COMUNIDAD DE ACOPIÁ, DISTRITO DE ACOPIÁ, CUSCO	19
2.5. COMUNIDAD DE AYAHUASI, DISTRITO DE ALCA, AREQUIPA	21
3. SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS	24
3.1. CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD	24
3.2. ITINERARIOS TERAPÉUTICOS	31
3.3. EL ENFERMO Y SU ENTORNO	35
3.4. PERCEPCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE TRATAMIENTO DE TB Y RECOMENDACIONES DEL PERSONAL DE SALUD	39
3.5. AFECTACIÓN DE LA ENFERMEDAD (Y EL TRATAMIENTO) A NIVEL INDIVIDUAL, FAMILIAR Y SOCIAL	40
3.6. PERCEPCIÓN ACERCA DEL TRABAJO EN TB DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	43
3.7. FORMA DESEADA DE DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN Y MEDIOS MASIVOS EXISTENTES Y PREFERIDOS	49
3.8. FORTALEZAS Y DEBILIDADES PARA ENFRENTAR EL PROBLEMA EN LAS COMUNIDADES ESTUDIADAS	53
4. CONCLUSIONES POR OBJETIVOS ESPECÍFICOS	60
5. BIBLIOGRAFÍA	64

Resumen Ejecutivo

El presente trabajo ha tenido como objetivo general realizar un estudio sociocultural de la cosmovisión y prácticas relacionadas a la salud respiratoria y la tuberculosis en pueblos indígenas quechuas.

Es un estudio descriptivo de corte transversal que emplea técnicas cuantitativas (encuesta) como cualitativas (entrevistas en profundidad y grupos focales) y que se desarrolla en cinco comunidades con alta población quechua e incidencia de TB. Las comunidades elegidas fueron: Vicos en Ancash (provincia de Carhuaz, distrito de Marcará), Acopía en Cusco (provincia de Acomayo, distrito de Acopía), Buena Gana en Ayacucho (provincia de La Mar, distrito de Anco), Ayahuasi en Arequipa (provincia de La Unión, distrito de Alca) y La Esmeralda en Huancavelica (provincia de Churcampa, distrito de Anco).

La idea que se concibió fue hacer un estudio intensivo (permanencia de cinco días por comunidad) en donde a la vez de recolectar información cuantitativa se pueda penetrar en el universo de concepciones y prácticas relativas a la tuberculosis o a los síntomas asociados. Por lo tanto se trató de abordar el tema con toda la gama de actores importantes: autoridades de las comunidades estudiadas, personal de salud, otros agentes de salud (curanderos, promotores, pastores), afectados o ex afectados y sus familiares.

Para ello se aplicaron instrumentos de recojo de información cualitativos para las cinco comunidades de estudio, tales como 12 grupos focales, 29 entrevistas a afectados y 36 entrevistas a informantes claves. Del mismo modo, en lo que respecta a la sección cuantitativa del estudio, se seleccionó una muestra de personas mayores de 18 años con un total de 912 encuestados (contando las cinco comunidades). Es necesario resaltar que tanto en el enfoque cuantitativo como cualitativo se trató de tener una muestra proporcional de hombres y mujeres. Del mismo modo, es importante mencionar que, en la medida de lo posible, se trataron de hacer las entrevistas, grupos focales y encuestas en idioma quechua.

Uno de los principales resultados encontrados es que las distintas comunidades tienen un conocimiento diferenciado de la enfermedad desde el punto de vista biomédico, lo que depende en parte de la incidencia de la enfermedad: en las comunidades donde hay más incidencia existe la tendencia a haber un mayor conocimiento (desde el punto de vista biomédico). Sin embargo, esto no se cumple siempre, lo que indica que existen otros factores que influyen en el grado de conocimiento.

En todas las comunidades estudiadas la enfermedad es considerada, en un principio, un problema bronquial o gripe y se trata con hierbas o remedios caseros o con medicamentos comprados en una botica o tienda. En una segunda etapa se recurre al establecimiento de salud o al curandero, dependiendo del diagnóstico al que haya llegado el afectado o su familia. Es muy frecuente que se llegue al establecimiento de salud después de mucho tiempo de experimentado los primeros síntomas, generalmente unos meses después, cuando la enfermedad se encuentra avanzada.

En general, se han encontrado diversos casos de sospechosos que pueden estar o haber estado (fallecidos) con TB sin haber sido detectados por los establecimientos de salud. En cada comunidad se tiene una lista de estos posibles casos. Se menciona a personas que se indica se han curado con remedios caseros, así como otros que se señala han muerto de TB pero que nunca han acudido a los ES. Sin embargo, no se puede tener certeza de la real condición de estos casos hasta que no se estudien en profundidad.

En todas las comunidades existe una fuerte presencia de prácticas tradicionales de cura ante los síntomas de la TB, ya sea en el período previo a la asistencia al establecimiento de salud o en forma paralela al tratamiento dado por el establecimiento de salud (en adelante, ES). No solo se recurre a las hierbas o remedios de origen natural hechos a partir de animales (zorrino, gato o gusanos) sino también a la medicina mágica o chamánica cuando se considera que la enfermedad tiene una causa sobrenatural.

El uso de la palabra tuberculosis se encuentra medianamente extendido. Por lo general en las comunidades se usan términos locales o la palabra “tísico” para referirse no solo al enfermo sino a la enfermedad. En Ambo (Huancavelica) predomina “enfermedad de caja” o “pulmon onqoy”, en Buena Gana (Ayacucho) “uti oqo”, en Vicos (Ancash) “tísico” o “curopulmon”, en Acopía (Cusco) “tísis” y en Ayahuasi (Arequipa) “tisis” o “tísico”.

Los tratamientos se suelen dar en los establecimientos de salud diariamente bajo la supervisión del encargado de TB del ES. Solo en casos en que los pacientes viven demasiado lejos se brinda un paquete de medicamentos a una persona de confianza que viva cerca del paciente (profesor o promotor de salud). En otros casos se obliga al paciente a vivir en la comunidad donde se ubica el establecimiento (Como en Ayahuasi) para que pueda recibir su tratamiento diariamente.

Se ha encontrado que por lo general los pacientes cumplen con los tratamientos (registramos pocos casos de abandono) aunque el personal de salud dice usualmente que debe estar atrás de ellos. Es decir, si un día no van al ES, los buscan en sus casas. Por otro lado, los pacientes suelen seguir algunas indicaciones o recomendaciones del personal de salud, mayormente el cuidado o manipulación de sus utensilios y cubiertos. Sin embargo, otras recomendaciones son menos respetadas como la de no trabajar o no beber alcohol.

Respecto a la labor preventiva promocional en TB el personal de salud suele decir que realiza ciertas campañas. Sin embargo, la población dice desconocerlas salvo algunas excepciones. En todo caso es un reclamo masivo de la población la realización de campañas educativas o de información respecto a la salud y en particular respecto a la TB.

Respecto a posibles recursos comunitarios en el campo de la salud encontramos diferencias grandes entre las comunidades, pasando de una buena participación en Vicos (con promotores, comités de seguridad social y salud activos y con fondos) a una participación casi nula en Ayahuasi y La Esmeralda.

Las poblaciones recomiendan que se recurra a las asambleas comunales para brindar información ya que son masivas o a espacios ya existentes de la comunidad (como clubes de madres, asistentes del programa JUNTOS, asociaciones productivas, etc.). También se sugiere que se usen las radios locales exclusivamente (porque son las más sintonizadas o las únicas existentes) y que se brinde información en horarios matutinos como de 5 AM a 7 AM o vespertinos como de 4 PM a 6 PM.

1 INTRODUCCIÓN



1. Introducción al Estudio

1.1. Justificación

El presente trabajo es un estudio de tipo sociocultural de la cosmovisión y prácticas relacionadas a la salud respiratoria y la tuberculosis en pueblos indígenas quechuas.

Debemos empezar diciendo que, actualmente en el Perú, la justificación de la importancia de estudiar y avanzar en resolver el problema de la tuberculosis es evidente, pues basta reseñar que el Perú tiene el 5% de la población de Latinoamérica y sin embargo reporta el 25% de todos los casos registrados de TB en la región (Instituto Nacional de salud 2009).

Lo que es distintivo de la Tuberculosis en el Perú es un conjunto de características que agravan su perfil y la hacen una enfermedad desafiante: a) su prevalencia relativamente alta en el país; b) el estigma que existe con las personas afectadas por la TB; c) el estar bastante asociada a la pobreza y pobreza extrema; d) su larga data o presencia en nuestra historia, sin mayor atención, salvo en la última etapa y por haber sido incluida en la trilogía VIH-TBC-Malaria que motiva el financiamiento del Fondo Mundial.

La Tuberculosis es parte de las denominadas “enfermedades negligidas” o “de pobres” en el mundo. Hay un doble juego de causa-efecto con la TBC: son los pobres los más vulnerables de padecerla y al mismo tiempo, una vez enfermos, la Tuberculosis es un factor de empobrecimiento y aislamiento debido a su valoración social actual.

La importancia de estudiar la TB en las poblaciones indígenas (nativas) reside en que son grupos particularmente vulnerables, con precarias condiciones de vida; especialmente marginados de los servicios más elementales, con muy pocas posibilidades de insertarse en los modelos de desarrollo.

De acuerdo al Censo Nacional 2007, 4'045,713 personas mayores de 3 años de edad aprendieron a hablar en una lengua originaria, lo cual representa el 16% del total de peruanos en ese rango de edad. Al interior de ese grupo, la mayoría de la población indígena tiene como materna la lengua quechua (83%), seguida en número por la población con lengua materna aymara (11%). En comparación con otros grupos indígenas, las poblaciones con lengua materna quechua y aymara residen en mayor proporción en áreas urbanas: el 46% y el 43% de la población que tiene el quechua y el aymara como lengua materna, respectivamente¹.

Económicamente en el Perú, los indígenas ocupan 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.

Lamentablemente no se tienen datos estadísticos específicos sobre la situación de salud de los pueblos indígenas: existe un subregistro en la información censal al no considerar los registros la variable étnica. Sin embargo, se puede inferir que su situación de salud es claramente inferior a la del resto de la población cuando revisamos la situación de los principales indicadores de salud en los departamentos que concentran la mayor parte de la población indígena.

Por ejemplo, según el ASIS 2006, la mortalidad materna en Huancavelica, Pasco y Ayacucho era mayor a 400/100,000 mientras que en Lima era menor a 100/100,000². Por otra parte, la ENDES (2009) reporta en las regiones donde más del 25% de la niñez tiene como materna una lengua originaria, una tasa de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años por encima del promedio nacional (18%): 20% en Puno, 23% en Ancash, 29% en Apurímac, 31% en Ayacucho, 32% en Cusco y en el caso de Huancavelica (43%) está incluso por encima del promedio para la población rural (33%)³.

Para cualquier acercamiento a la situación de salud de estas poblaciones es crucial identificar que las comunidades indígenas tienen diversas formas de concebir la salud y la enfermedad diferentes a las de la población no indígena. Sin embargo, en los establecimientos de salud que atienden a poblaciones indígenas, el personal no indígena que ahí labora, no ha recibido una formación profesional con enfoque intercultural. El MINSA no ha corregido esta deficiencia, encontrándose que el trabajador

¹ Censo Nacional de Población y Vivienda. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2007.

² Análisis de la Situación de Salud del Perú. Lima: Ministerio de Salud. 2006.

³ Encuesta Demográfica y de Salud. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2009.

no indígena tiende a discriminar subvalorando las prácticas sanitarias y la medicina tradicional de los pueblos indígenas.

La tuberculosis no representa una excepción en lo referido a ausencia de información sobre salud de grupos indígenas. Los registros existentes en los niveles operativos, no permiten identificar el origen étnico de los afectados. Sin embargo, en los últimos años se han realizado algunos estudios en algunas zonas ocupadas por comunidades indígenas. Ellos indican la vulnerabilidad de estas poblaciones y que las estrategias para disminuir este problema como la adherencia al tratamiento todavía no han sido muy eficaces para el control de la TBC. Tenemos particularmente una investigación epidemiológica en la población Aymara de Puno donde se evidencia que el riesgo de enfermar por TBC en las poblaciones Aymaras era casi cuatro veces al presentado en poblaciones no Aymaras⁴.

Por todas estas razones se hace imprescindible la realización de un estudio sociocultural que como el presente aborde no solo el universo de las concepciones y prácticas indígenas sino las del personal de salud y en todo caso la interacción de ambos universos.

1.2. Objetivos del Estudio

Objetivo General

Realizar un estudio sociocultural de la cosmovisión y prácticas relacionadas a la salud respiratoria y la Tuberculosis en pueblos indígenas quechuas.

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 TB, autoridades comunales y personal de salud en los pueblos indígenas quechuas;
- Identificar las actitudes y prácticas de escolares, adultos varones, adultos mujeres, en relación al riesgo, diagnóstico, enfermedad, tratamiento y prevención de la TB en todas sus formas en los pueblos indígenas quechuas.
- Identificar la información acerca de la salud respiratoria y la prevención de TB que se maneja en los pueblos indígenas quechuas 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 al tratamiento) a niveles individuales y comunitarios.

1.3. Marco Metodológico

El estudio fue descriptivo y de corte trasversal y básicamente una investigación de cohorte etnográfico en 5 comunidades quechuas de las regiones Cusco, Ayacucho, Ancash, Arequipa y Huancavelica.

Las comunidades elegidas por región fueron las siguientes:

- Acopía, en el distrito de Acopía, provincia de Acomayo, en Cusco.
- Buena Gana, en el distrito de Anco, provincia de La Mar, en Ayacucho.
- Vicos, en el distrito de Marcará, provincia de Carhuaz, en Ancash.
- Ayahuasi, en el distrito de Alca, provincia de La Unión, en Arequipa.
- La Esmeralda, en el distrito de Anco, provincia de Churcampa, en Huancavelica.

El estudio tuvo dos componentes: uno cualitativo y uno cuantitativo en cada una de las regiones (comunidades) en que se desarrolló. Para la selección de las comunidades se tomaron en cuenta la concentración de población indígena quechua y las tasas de incidencia y prevalencia de TB.

Independientemente del uso de técnicas cualitativas o cuantitativas, en nuestro caso lo primordial fue el empleo de un enfoque de etnografía focalizada: si bien debíamos hacer una investigación sobre cómo los diversos actores de cada comunidad involucrados en el tema (afectados, personal de salud, autoridades,

⁴ Culqui et al. (2009).

curanderos, etc.) identifican, nombran, piensan, actúan o se comportan en relación a la TB, debíamos investigar también el contexto social y cultural que rodea esta problemática para así entenderla. Por lo tanto, era necesario explorar temas básicos como la relación entre la población y los servicios de salud, las características de la organización comunal, las concepciones y prácticas en torno a la salud en general, la medicina tradicional, las religiones existentes, las características de las actividades productivas de la población, patrones de migración, etc. Debido a que la obtención del tipo de información que requerimos demandaba cierta inserción en la comunidad, el estudio contempló una estadía no menor a 5 días en cada zona.

De otro lado, fue imprescindible la utilización del idioma quechua en la administración de los instrumentos o la conducción de los grupos focales o entrevistas, por lo que los equipos de campo contaban con profesionales quechua-hablantes, así como se disponía de herramientas de trabajo en quechua.

1.3.1. Técnicas de Estudio

1.3.1.1. Componente Cualitativo:

Se utilizaron las técnicas de grupos focales y entrevistas a informantes claves.

Grupos focales:

Se programaron tres grupos focales por comunidad visitada. Uno con escolares (mayores de 15 años), otro con adultos varones y otro con adultos mujeres. Los participantes no se seleccionaron por características particulares.

Los grupos focales se hicieron con una guía de preguntas específica, siguiendo una trama pero no de una manera estricta, aunque intentando abordar todos los puntos en ella incluidos. Por otro lado, se previó un diseño abierto de la guía en donde el conductor o los participantes podían hacer variar el orden de algunas preguntas o introducir nuevos contenidos no previstos en el guión, lo que permitió que los mismos participantes sugirieran temas que se desarrollaban posteriormente en la dinámica.

Entrevistas a informantes clave:

Fueron de tipo semi estructurado. Se entrevistó a informantes clave y a afectados (o ex afectados o familiares). Se programaron un mínimo de 13 entrevistas por comunidad: 6 con afectados y 7 con informantes clave. Las características de informantes clave variaron por zona, amoldándonos a las características particulares locales, pero generalmente abarcaron las siguientes posibilidades: jefes de comunidad indígena y/o promotores de salud, jóvenes profesionales que trabajan en o para la comunidad indígena, personas mayores con sabiduría nativa o curanderos, especialistas en salud MINSA o directivos y/o coordinadores de Programa TB.

Se diseñaron tres guías de entrevista distintas: una para informantes clave de la comunidad, otra para personal de salud y otra para afectados (o ex afectados o familiares).

A continuación podemos apreciar la cantidad de entrevistas y grupos focales realizados por comunidad:

OBJETIVO ESPECIFICO	ACOPIA (CUSCO)	BUENA GANA (AYACUCHO)	LA ESMERALDA (HUANCAVELICA)	VICOS (ANCASH)	AYAHUASI (AREQUIPA)	TOTAL PROGRAMADO	TOTAL EFECTUADO
INFORMANTES CLAVES (7 entrevistas programadas)	5	6	11	8	6	35	36
AFFECTADOS (6 entrevistas programadas)	7	5	6	5	6	30	29
GRUPOS FOCALES (3 Grupos Focales programados)	3	1	3	3	2	15	12

1.3.1.2. Componente Cuantitativo:

La población de estudio estuvo constituida por las personas mayores de 18 años. Se empleó el método de la entrevista directa casa por casa con personal debidamente capacitado y entrenado para tal fin.

El universo considerado correspondió a la población que reside en las viviendas particulares en los centros poblados identificados a priori.

La información del marco de muestreo provino de las siguientes fuentes:

- El Censo de Población y Vivienda del 2007 del INEI.
- El listado de todas las comunidades o sectores de comunidades del INEI.
- Los documentos cartográficos del INEI que consisten en los mapas georeferenciados de los Áreas de Empadronamiento Rural dentro de cada distrito a partir de la información del Censo de Población y Vivienda del 2007.
- Los listados de viviendas de cada comunidad o sector de la comunidad, siguiendo las pautas metodológicas de la encuesta ENDES, que consiste en el registro de todas las viviendas; además comprendió las tareas de actualización de croquis de la comunidad, la identificación del punto de inicio, recorrido y final de las viviendas. Estos listados fueron construidos previamente al levantamiento de la encuesta.

De acuerdo con el ámbito poblacional del proyecto el marco de la encuesta está formado por las siguientes unidades:

- Unidad Primaria de Muestreo (UPM)

Una UPM es una comunidad o centro poblado. Para la selección de las mismas se ha cruzado los datos de proporción de población quechua por distrito (escogiéndose CCPP con más de 70% de población quechua) con la tasa de morbilidad de TB.

- Unidad Secundaria de Muestreo (USM)

Es la vivienda particular que alberga a la persona mayor de 18 años.

Tamaño de la muestra

Para la determinación de la muestra por centro poblado se siguió la siguiente fórmula:

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N-1)) + k^2 * p * q}$$

Donde:

N: es el tamaño de la población o universo (número total de posibles encuestados, población mayor de 18 años por centro poblado).

k: Es la constante dependiente del nivel de confianza. En este caso el nivel de confianza asignado es el 95% donde la constante tiene el valor de 1.96.

e: Es el error muestral deseado. Hemos decidido trabajar con un error de 5%.

p: Es la estimación de la proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio. Como en este caso no estamos buscando una característica particular se asume un valor del 50%, por lo que $p=0.5$.

q: Es el complemento de la estimación de la proporción de individuos. En este caso es $1-p (0.5)=0.5$

ESTUDIO SOCIOCULTURAL SOBRE LA COSMOVISIÓN Y LAS PRÁCTICAS ASOCIADAS A LA TUBERCULOSIS EN COMUNIDADES INDÍGENAS QUECHUAS

Los centros poblados elegidos por cada una de las regiones fueron:

REGIÓN	CENTRO POBLADO	DISTRITO	POBLACIÓN MAYOR DE 18	MUESTRA	ENCUESTAS REALIZADAS
HUANCAVELICA	LA ESMERALDA	ANCO	413	199	176
AYACUCHO	BUENA GANA	ANCO	159	113	113
CUSCO	ACOPIÁ	ACOMAYO	825	262	262
ANCASH	VICOS	MARCARÁ	384	192	201
AREQUIPA	AYAHUASI	ALCA	308	171	161
TOTAL				937	913

Como se aprecia en la tabla anterior no se alcanzó la muestra esperada en dos comunidades. Esto se debió a que en las semanas en que se efectuó el campo (meses de verano), gran parte de las poblaciones de sierra migran temporalmente a la selva por razones de trabajo o regresan a sus anexos por vacaciones escolares. De todos modos, algo importante que debemos decir es que el nivel de confianza bajó mínimamente en estas dos comunidades, de 95% a alrededor de 93% lo que indica una representatividad prácticamente igual.

♦ DATOS GENERALES DE LAS ZONAS ESTUDIADAS



2. Datos Generales de las Zonas Estudiadas

2.1. Comunidad de la Esmeralda, Distrito de Anco, Huancavelica

La comunidad de La Esmeralda está ubicada en el distrito de Anco, en la parte sur Oeste de la provincia de Churcampa, departamento de Huancavelica. La Esmeralda es la capital del distrito de Anco, ubicándose en la parte central de su jurisdicción distrital.

Este distrito geográficamente se ubica entre las coordenadas de 12° 40' 54" de latitud sur y 74° 35' 12" de latitud Oeste. Asimismo, tiene una altitud de 2404 msnm y un área de 275.03 km². Políticamente fue creado el 20 de Enero de 1944 bajo la Ley N° 9905 y cuenta con una población predominantemente quechua.

La economía del distrito de Anco se caracteriza por ser agrícola y pecuaria, pese a que el 90% de sus tierras aptas para la agricultura no cuentan con canales de irrigación. Sin embargo, utilizan el riego por gravedad pero se produce una pérdida de casi el 80% del recurso. Asimismo, estos canales toman como fuentes de agua los diversos riachuelos y puquiales, haciendo uso incluso en algunos casos de los reservorios ubicados en los centros poblados destinados para el consumo humano.

La actividad agrícola en el distrito se desenvuelve en un nivel tradicional: utilizan abono orgánico, semillas nativas, etc., su producción responde a ciclos anuales y está orientada al consumo familiar.

El distrito de Anco cuenta con aproximadamente 40 centros educativos, en los distintos niveles; pero la infraestructura educativa es deficiente debido a que no cuenta con una o más necesidades como agua, luz, desagüe y/o computadoras.

Con respecto a la salud, el distrito cuenta con un centro de Salud (CS de Anco ubicado en La Esmeralda) y 6 puestos de Salud. El Centro de Salud cuenta con una cantidad muy limitada de personal: contando con un doctor y cinco trabajadores de salud para todo el distrito, turnándose en las visitas a los puestos de salud.

Según el Censo del 2007, La Esmeralda es una comunidad urbana la cual cuenta con 785 pobladores, de los cuales el 52.1% (409) son hombres; y el 48% (376) son mujeres. De estos la mayoría tiene lenguas materna quechua (55.3%). Pese a que la mayoría de la población sabe leer y escribir, el 17.4% de la población no presenta ningún tipo de nivel educativo. Asimismo, el nivel educativo que concentra a la mayor cantidad de la población es el nivel primario.

De acuerdo al Censo del 2007, la comunidad de La Esmeralda cuenta con 331 viviendas de las cuales la mayoría están ocupadas actualmente. Sin embargo, también se encuentran viviendas abandonadas u ocupadas ocasionalmente dependiendo de los periodos de cosecha. La mayoría de estas viviendas ocupadas están hechas de adobe.

Con respecto a los servicios de agua y desagüe con los cuales cuentan las viviendas, según el IX Censo Nacional y IV de vivienda de 1993, el 87.2 % consumía agua de río, acequia u otro similar; esta realidad no ha variado mucho en la actualidad e incluso ha aumentado la cantidad de viviendas que utilizan estas fuentes de agua (acequia, río, manantial, etc.) representado el 99%⁵ de las viviendas. Solo un 1% cuenta con red pública (agua potable) dentro o fuera de la vivienda. Esto evidencia que hoy la población consume agua no tratada lo cual contribuye a incrementar las enfermedades infecciosas.

Del mismo modo, los servicios higiénicos en la comunidad variaron gracias a las iniciativas de SER y FONCODES. Así, según el censo de 1993 menos del 4.3% en La Esmeralda contaba con sistemas de pozo ciego o negro; pero en el 2007, las viviendas que utilizarían pozo ciego o letrina representarían el 46.8%; sin embargo, aún un 38.8% no cuenta con ningún tipo de red pública de desagüe.

Por otro lado, la mayoría de la población cuenta con alumbrado eléctrico, representando el 78.9% de las viviendas ocupadas. Sin embargo, las viviendas generalmente están poco equipadas, pocas familias cuentan con más de dos artefactos, resaltando entre estos la radio. Lo mismo sucede con el servicio de teléfono ya sea fijo o celular. La mayoría de las familias (97.6%) no cuenta con ningún tipo de teléfono.

⁵ Censo del 2007

Con respecto al tema de salud, los datos de morbilidad (2009-2010) obtenidos del Ministerio de Salud para el Centro de Salud de Anco indican que las enfermedades más frecuentes detectadas en la población son las infecciones agudas en vías respiratorias superiores; enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares y la helmintiasis.

Con respecto a la tuberculosis, según estos mismos registros, en el 2009 se detectó solo un caso de afectado correspondiente a edad entre 30- 50 años y en el 2010 no se detectó ningún caso. En esta comunidad lamentablemente no se pudo tener acceso a los documentos del Programa Nacional de TB porque a la fecha no había un encargado, por lo tanto, no se supo la cantidad de casos detectados por el establecimiento en los últimos años, sin embargo, haciendo un recuento de lo encontrado en entrevistas a otros encargados del establecimiento de salud y a la población podemos afirmar que en los últimos tres o cuatro años sólo han aparecido unos cinco o seis casos, de los cuales se ha podido entrevistar a cuatro de ellos y a un familiar de una señora fallecida⁶.

Por otro lado, según el censo de 2007, la mayoría de la población de La Esmeralda cuenta con algún tipo de seguro: el 55.4% de ellos se encuentra en el SIS, solo el 11% está asegurado en ESSALUD.

2.2. Comunidad de Buena Gana, Distrito de Anco, Ayacucho

La comunidad Buena Gana forma parte de las comunidades del distrito de Anco, provincia de La Mar, departamento de Ayacucho. Está ubicada en el extremo sur del distrito de Anco, en la provincia de La Mar, en una zona geográfica cercana al Río Apurímac y forma parte del valle denominado VRAE (Valle del Río Apurímac y Ene).

Se encuentra a una altitud de 1200 m.s.n.m. y se caracteriza por formar parte de la zona Yunga fluvial, selva alta o rupa rupa (clasificado por el Dr. Javier Pulgar Vidal) la cual cuenta con un clima cálido y con una vegetación entre arbustiva y boscosa. Sus principales cultivos son café, maní, coca, frutales, caña de azúcar. También se producen cultivos alimenticios como la yuca, el frijol, pituca, soya, maíz amarillo.

Buena Gana forma parte de un largo proceso de colonización de la ceja de selva. En la época colonial, las comunidades Anco, entre ellas Buena Gana, pertenecían en su mayoría a haciendas de españoles. En 1909 se da la Ley de Terrenos de Montaña⁷, por la cual las comunidades de Anco y Chunguï realizaron una acción de amparo solicitando al gobierno les reconozca la posesión de las tierras de las quebradas de Amargura, Itígallo, San Vicente, Lechemayo y otros que les correspondían desde sus antepasados.

En 1975 cuando la Reforma Agraria prácticamente está concluida, se afecta a la mayoría de las haciendas del distrito pasando la propiedad de las tierras a los pobladores. A partir de 1984 se produce el cambio de los cultivos prioritarios en la región, llegándose a instalar muchas hectáreas de cicales, constituyéndose este producto como el nuevo eje articulador de una economía ilegal.

Las comunidades de Anco (entre ellas Buena Gana) fueron severamente afectadas por la violencia subversiva y también por la acción contra subversiva. Este hecho produjo el resquebrajamiento y reconfiguración de las comunidades, reubicándolas en comunidades de sierra o de selva. Es en este proceso que se constituye la nueva comunidad de Buena Gana, organizándose para ello y formando sus autoridades y requiriendo los servicios de salud y educación.

Según el Censo del 2007, la comunidad de Buena Gana cuenta con una población pequeña de 319 habitantes, de los cuales la representación masculina abarca el 54.9% correspondiente a 175 hombres y la representación femenina a 45.1% correspondiente a 144 mujeres. Es una población joven, concentrándose la mayor cantidad de personas entre las edades de 17 a 24 años. Solo el 6.9% de la población censada tiene más de 50 años. En su mayoría, los habitantes de Buena Gana hablan quechua (99%) y realizan actividades productivas como agricultura, ganadería, silvicultura y caza, aunque en mayor medida esta comunidad se caracteriza por sus actividades de agricultura y ganadería.

La población es en su mayoría de religión evangélica (65.2%). Sin embargo, un 36% de la población manifestó ser católico y 1% no contar con ningún tipo de religión.

⁶ Éste último caso no es 100% seguro que haya sido TB a pesar de que coinciden los síntomas y que el esposo nos haya asegurado que ese fue su diagnóstico.

⁷ Ley N° 1220

Con respecto a la educación, la comunidad de Buena Gana, cuenta con un centro educativo, inicial, primario y secundario. La mayoría de la población que sí asiste al colegio, se encuentra en el nivel primario y solo una pequeña cantidad se encuentra en el nivel secundario 19.1%. Con respecto al nivel superior, la mayor parte de la población realiza estudios superiores no universitarios.

Las viviendas de Buena Gana en su mayoría están hechas de madera: 79.5% de las 93 viviendas. En menor medida, hay viviendas de adobe, ladrillo o quincha. Casi todas las viviendas se encuentran habitadas (83 viviendas). Pocas viviendas están abandonadas o son ocupadas por periodos de tiempo por efecto de siembra o cultivos.

Con respecto a los servicios, los pobladores de los hogares de Buena Gana, no cuentan con servicio de agua potable ni con servicio de desagüe, ya sea dentro o fuera de la vivienda, convirtiéndose el río o acequia su fuente primera de agua. Sin embargo, la comunidad cuenta con una especie de letrina o pozo ciego, el cual es usado por el 95.1 % de las viviendas. Asimismo, ninguna vivienda tiene alumbrado eléctrico.

A pesar de ello, en la comunidad, sí hay viviendas que cuentan con dos o más equipos como radio, TV y congeladora, pero es una menor proporción de las familias que no llega al 20 %. De la población que cuenta solo con un artefacto, el 58 % aproximadamente tiene solo radio. 26.5 % del total de las familias no cuenta con ningún tipo de equipamiento. Asimismo, con respecto al medio para comunicarse, el celular es utilizado solo por el 16% de la población, el resto (84%) no cuenta con ningún tipo de teléfono.

Con respecto a la salud, los datos de Morbilidad General del 2009 y 2010 obtenidos del Ministerio de Salud, muestran que en el Puesto de Salud de Buena Gana en el 2009 se detectaron como enfermedades frecuentes las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, otras enfermedades bacterianas y enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores. En el 2010, las enfermedades frecuentes siguieron siendo las mismas con excepción de enfermedades crónicas, apareciendo con más frecuencia las enfermedades bucales de las glándulas salivales y de los maxilares.

Con respecto a la tuberculosis, en el 2009 fueron detectados 4 casos de afectados representando el 0.2% de las enfermedades detectadas en el establecimiento. De estos casos, dos se encontraban en edades de 11 años o menos y dos casos en 60 años a más. En los registros del 2010 no aparece ningún caso detectado de Buena Gana. En nuestra visita a la comunidad pudimos encontrar 4 casos detectados en los últimos años (dos de los cuales habían fallecido) y también encontramos dos casos sospechosos de TB.

En la comunidad de Buena Gana, la población cuenta, en su mayoría, con algún tipo de seguro, ya sea el SIS o ESSALUD. Solo el 18.9% no cuenta con ningún seguro. Así, el 77.1% de la población solo está asegurado con SIS, el 3.4% está asegurado en ESSALUD y el 0.9% cuenta con otro seguro.

2.3. Comunidad de Vicos, Distrito de Marcará, Ancash

La comunidad de Vicos se encuentra en el distrito de Marcará, en la provincia de Carhuaz, departamento de Ancash.

Geográficamente, el distrito de Marcará limita por el norte con la provincia de Asunción y el distrito de Carhuaz; por el sur con San Miguel de Aco; por el este y oeste, nuevamente, con la provincia de Asunción y el distrito de Carhuaz respectivamente.

La comunidad de Vicos se encuentra en una zona correspondiente al andino de montaña o serranía con una altitud entre los 3,100 y 3,400 metros. El pueblo se encuentra en la quebrada Honda, al pie de los nevados Copa (6,188 msnm) e Ishinca (5,530 msnm) de la Cordillera Blanca, la cual contribuye a que las viviendas se establezcan dentro de un paisaje de cerros, montes, campos de cultivos y riachuelos, ubicándose en el centro del Callejón de Huaylas.

La historia del pueblo de Vicos está cargada de relatos que se remontan a épocas precolombinas cuando el Imperio Huari, en la época del Horizonte Medio, 700 – 1100 ocupó estas tierras. Sin embargo, los relatos que más caracterizan a esta población señalan épocas de lucha y reivindicación de las tierras antes de la Reforma Agraria de Juan Velasco Alvarado. En 1952, los pobladores de Vicos, como sucedía con gran parte de la región andina, eran sometidos por el sistema de haciendas. Ese año la Universidad de Cornell (EEUU) -previas coordinaciones con el gobierno peruano- intenta probar que era posible una reforma agraria y una modernización del campesinado, lográndose, así, que en 1962 la comunidad de Vicos fuera la primera comunidad en comprar las tierras al estado peruano. Esto marcaría un hito en el país ya que se evidenciaba un actor importante: la comunidad. Posteriormente a este hecho le sucedería la

reforma agraria que ejecutó el gobierno de Juan Velasco Alvarado (1968 - 1975). Finalmente, en 1977 la comunidad de Vicos se organizaría en diez sectores: Ullmay, Puncucorral, Vicos Pachán, Tambo Paltash, Cullhuash, Corrocsho, Ucushpampa, Cachipachán y Wiyash⁸.

Vicos cuenta con una población de 623 habitantes⁹, con una representación masculina del 49.6 % y una femenina de 50.4%. Es una población predominantemente quechua hablante, teniendo solo 7 habitantes que tienen al castellano como lengua de origen. Asimismo, es una población abrumadoramente católica. Los evangélicos solo representan el 1.1% de la población.

La comunidad de Vicos cuenta con un centro Educativo con niveles inicial, primario y secundario.

La mayoría de las viviendas de Vicos están hechas de adobe y tapia con materiales de tierra. Son viviendas que al interior cuentan en su mayoría con solo un equipo de radio; pocos son los que tienen televisor o celular, pese a que el celular es el único medio para comunicarse además del teléfono comunal. En su mayoría utilizan kerosene para cocinar sus alimentos.

Respecto al acceso a servicios de alumbrado eléctrico, agua potable y desagüe, según el censo del 2007, la mayoría de las viviendas cuentan con acceso a los dos primeros. Sin embargo, el 23.9 % de las familias utiliza el río, acequia, manantial o similar para tener acceso al agua y un 20% de las viviendas no cuentan con alumbrado. No sucede lo mismo con el servicio de desagüe, la mayoría, el 71 % aproximadamente no cuenta con ningún tipo de desagüe.

Con respecto a la salud, los datos de Morbilidad General del 2009 y 2010 obtenidos del Ministerio de Salud, muestran que en el Puesto de Salud Vicos, en el año 2009, se detectaron como enfermedades frecuentes las infecciones agudas de las vías respiratorias, trastornos de otras glándulas endocrinas y enfermedades infecciosas intestinales. Curiosamente, en el 2010 los registros indican una reducción de casos de enfermedades de casi el 50% (de 8242 a 3558 casos).

La información sobre tuberculosis que maneja el MINSA (a través del HIS) es radicalmente distinta a lo encontrado en la zona por lo que suponemos hay un error en los registros. Éstos indican que en el 2009 fue detectado 1 caso de afectado con edad menor a 11 años y que en el 2010 se detectaron 37 afectados concentrándose 26 de ellos en edades correspondientes al rango 18-29 años. Lo encontrado mediante este estudio es que solo existen dos casos detectados en años recientes: Uno de un varón de 25 años que estuvo en tratamiento en los años 2009-2010 y una mujer de 48 años que empezó a recibir tratamiento en el 2008. Ambos casos posiblemente no estén completamente curados porque han vuelto a experimentar síntomas recientemente aunque no han acudido a hacerse su examen respectivo. Así mismo, se ha encontrado algunos otros casos sospechosos que han fallecido en años anteriores. Sin embargo, no podemos tener la certeza que se trató de TB.

Finalmente, con mención al tema de los seguros de salud, la mayoría de la población no cuenta con ningún seguro (77.6%). Solo el 19.9 % está afiliado al SIS.

2.4. Comunidad de Acopía, Distrito de Acopía, Cusco

La comunidad de Acopía geográficamente se encuentra localizada en el distrito de Acopía, provincia de Acomayo, departamento de Cusco, a 110 kilómetros de la capital de Cusco.

El distrito limita por el norte con el distrito de Sangará, por el sur con el distrito de Mosoc Llacta, por el este con el distrito de Canchis (provincia de Quspicanchi) y por el oeste con el distrito de Pomacanchi.

Políticamente, el pueblo de Acopía fue creado el 11 de Noviembre de 1944, ubicándose la población junto a la laguna de Acopía, la cual forma parte del Circuito Turístico de Las Cuatro Lagunas (Acopía, Pamacanchi, Asnaqocha, Pampamarca), atractivo para los visitantes y lugareños.

El nombre del distrito Acopía viene de “aquphiya” que significa montón de arena. Míticamente el origen del pueblo se describe en el Cuento de las Dos Lagunas “Hawa Qucha” (Acopía) y “Ukhu Qucha” (Pomacanchi), que son a su vez las lagunas entre las cuales se encuentra localizado. El relato oral expresa la competencia de dos señores o héroes míticos: Qanchi Machus de Pomacanchi con Machus de Acopía por el manejo del agua y la distribución del espacio de Acopía y Pomacanchi.

⁸ Comunidad Campesina de Vicos (2005).

⁹ Según censo del 2007

En el distrito de Acopía, las instituciones más importantes se ubican cerca de la Plaza de Armas. Cuenta también con centros educativos: Inicial, Primaria y Secundaria, con un local parroquial conducido por evangélicos españoles, asimismo, con un Puesto de Salud que lleva el nombre del distrito.

Según los datos obtenidos del CENSO del 2007, realizados por el INEI, la comunidad campesina de Acopía es una comunidad urbana con una población indígena quechua de 1466 habitantes; esta población¹⁰ tiene una representación femenina del 52.8% y una masculina del 48.2%. Casi la totalidad de la población tiene al quechua como su lengua originaria (89.4%). De esta población, el 76.8% sabe leer y escribir.

En general, en el distrito de Acopía, las comunidades que forman parte de ella son más agrícolas que ganaderas; sin embargo en la comunidad de Acopía, también, hay otras actividades que se realizan con frecuencia como la caza y la silvicultura. La mayoría de las actividades productivas que realiza la población son efectuadas de manera independiente o por cuenta propia debido a que cuentan con parcelas de tierras dedicadas a la producción.

Con respecto a la religión, el 90.6% de la población afirma pertenecer a la religión católica (además se cuenta con la presencia de una parroquia en el distrito conducida por españoles evangélicos). Existe una pequeña proporción de la población que afirma ser evangélica representando solo el 8.2%.

Respecto a las viviendas que se encuentran en la comunidad de Acopía, éstas están ubicadas en la zona urbana. En total se registran 501 viviendas. Son viviendas propias, hechas en su mayoría de adobe y techo de teja (99.3%); también hay unas pocas viviendas abandonadas u ocupadas ocasionalmente. Esto último generalmente se da cuando llega gente a trabajar por periodos de tiempo.

Con respecto a los servicios con que cuentan las viviendas hay una diferenciación con respecto al acceso de los mismos, así, de las viviendas ocupadas de la comunidad de Acopía, la mayoría (89.9%) cuenta con una red pública (agua potable) dentro de la vivienda, a su vez, el 84.2% de estas cuenta con un servicio de agua todos los días. Las viviendas que no cuentan con este tipo de servicio utilizan la acequia, río, pozo o pilón.

Lo mismo sucede con la red pública de desagüe, la mayoría cuenta con una red pública de desagüe dentro o fuera de la vivienda; sin embargo también hay familias que utilizan el pozo o letrina, río o acequia.

El alumbrado eléctrico también representa un servicio para la mayoría de las viviendas (66.2%)

Con respecto los medios de comunicación, en la comunidad el medio de comunicación con el que más cuentan los hogares son la radio y el teléfono celular; sin embargo, el 45% de los hogares no cuenta con ningún tipo de equipo y solo una pequeña proporción cuenta con más de dos equipos como televisor, refrigeradora, etc. El 97.9% no cuenta con celular o teléfono fijo.

Con respecto al tema de salud, los datos de Morbilidad General del 2009 y 2010 obtenidos del Ministerio de Salud, muestran que en el Puesto de Salud de Acopía los problemas de salud más frecuentes en el 2009 corresponden a infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, la desnutrición y las enfermedades infecciosas intestinales, concentrándose la población afectada en edades menores de 11 años, a excepción de las enfermedades de las vías respiratorias en las que los más afectados son los adultos de 30 años a más.

Según estos registros del MINSA, la tuberculosis solo abarca el 0.04% de los casos de enfermedad en el 2009 con solo dos casos detectados en el puesto de salud, uno de los cuales corresponde a edades entre 0 a 11 años, el otro caso es un adulto mayor. En el 2010, ningún caso de afectado por tuberculosis fue detectado. Estos datos son contradictorios con lo que hemos encontrado visitando las comunidades y el establecimiento de salud. Por ejemplo, se nos informó que había cuatro casos detectados en el 2009 y dos casos detectados en el 2010. Además se nos indicaron 24 casos entre el 2006 y el 2010, de ese total 5 son de Cusco y 21 son del distrito de Acopía (habiendo 11 de la misma comunidad). Así mismo, se nos indicó que ningún caso de TB había fallecido.

Finalmente, con respecto al seguro de la población censada en la comunidad campesina de Acopía, la mayor parte de la población no presenta ningún tipo de seguro de salud (62%). El 38 % de la población que sí presenta seguro alguno se divide entre los que solo están asegurados en el SIS (34.2%) y los que están asegurados en ESSALUD (solo 2%) y los que están asegurados en otros seguros (1.8%).

¹⁰ Según el Censo 2007, la mayor cantidad de la población se encuentra en 10 a 14 años correspondiente al 13.7% (201 habitantes); 25 a 29 años correspondiente al 6.3% (93 habitantes); y 35 a 39 años correspondiente al 6.5% (96 habitantes); solo el 4.2% abarca entre 75 a 99 años (62 habitantes).

2.5. Comunidad de Ayahuasi, Distrito de Alca, Arequipa

La comunidad Ayahuasi forma parte de las comunidades del distrito de Alca, provincia de La Unión, departamento de Arequipa.

La comunidad está a una altitud de 3000 m.s.n.m. y se caracteriza por formar parte de la zona QUECHUA (zona ubicada entre los 2,300 y los 3,500 m.s.n.m. de acuerdo a la clasificación del Dr. Javier Pulgar Vidal), caracterizada por laderas de diversos grados de pendientes, con escasas áreas planas y con riego. Posee pequeñas quebradas cortas, con laderas que en parte son utilizables para la agricultura. La producción agrícola principal es el maíz, trigo, cebada, papa, haba, arveja. La actividad ganadera se concentra en esta zona. También se cultivan algunos frutales como la tuna. La mayor zona agrícola de la comunidad está constituida por andenes pre hispánicos, los cuales usan para la producción del maíz y tienen un sistema de riego (administrado por una autoridad comunal). Respecto a la actividad ganadera cada familia posee pequeños rebaños de ovinos, sólo algunas familias cuentan con unas cuantas cabezas de ganado bovino, porcino y equino. Un grupo de pobladores cuentan con camélidos, los cuales están ubicados en las alturas, fuera de las zonas de cultivo.

La comunidad de Ayahuasi en la época colonial formó parte de las haciendas ubicadas en Cotahuasi y Alca, que se dedicaban al cultivo de cereales como el maíz, cebada, trigo. Con la Reforma Agraria, los pobladores de la comunidad de Ayahuasi dejan de prestar servicios a las haciendas, dedicándose sólo a sus actividades agrícolas. Actualmente, debido a la disminución de las tierras agropecuarias (ante el incremento de población) los pobladores de Ayahuasi complementan su actividad económica prestando su fuerza de trabajo en las tierras de agricultores de Alca, Cotahuasi y otras localidades, y también en algunas minas. Esto genera una migración temporal en determinados meses del año.

Actualmente la comunidad de Ayahuasi es una comunidad urbana que cuenta con institución educativa de nivel inicial y primario pero no cuenta con puesto de salud a pesar de que la cantidad de población le ameritaría tener uno.

Según el Censo del 2007, la población de Ayahuasi es de 647 habitantes, teniendo una representatividad femenina del 54.6% y una masculina del 45.4%. Es población predominantemente quechua, teniendo el 95.4% de los pobladores esta lengua de origen.

La religión mayoritaria es católica con un 91% de la población que la profesa.

Con respecto a la educación, el 38.6% no sabe leer y escribir. El nivel de instrucción que más predomina en la comunidad es el nivel primario.

Según el Censo del 2007, Ayahuasi cuenta con 221 viviendas, la mayoría de ellas independientes, adquiridas por pago propio. Estas viviendas en su mayoría están hechas de adobe o tapia. No cuentan con servicio de red pública (agua potable) o desagüe utilizando el río, acequia o similar como fuente primaria; sin embargo el 67.4% utiliza letrina o pozo ciego. La mayoría de las viviendas no cuenta con alumbrado eléctrico, solo el 5.2% cuenta con ello. Con respecto al medio de comunicación, solo el 1.1% cuenta con teléfono fijo, el resto de la población no cuenta con fijo ni celular.

En base a ello, podemos afirmar que la comunidad de Ayahuasi es una comunidad con muchas carencias de servicios dentro y fuera del hogar; sin embargo, tampoco existen programas de apoyo social en la comunidad.

Como se mencionó en líneas anteriores, la comunidad de Ayahuasi no cuenta con un establecimiento de salud. Los registros existentes pertenecen al Centro de Salud de Alca que abarca diversas comunidades. Según los datos de Morbilidad General del 2009 y 2010 de este centro de salud podemos encontrar que las enfermedades más frecuentes son las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, infecciones gastrointestinales e infecciones endocrinas.

Con respecto a la tuberculosis, los datos del HIS (MINSa) son completamente contradictorios con lo que hemos encontrado en nuestra visita a la zona. Según estos registros, en el 2009 se detectaron 13 casos de afectados, de los cuales 9 de ellos corresponden a edades menores a 11 años, 3 casos entre 18-29 años y solo 1 caso mayor a 60 años. Sin embargo en el 2010, la cantidad de afectados aumentó notablemente pasando a 41 casos de afectados por tuberculosis concentrándose en edades de 18-29 años, 16 casos; y de 30-59 años, 25 casos. Ahora, en nuestra visita a la zona los responsables del Centro de Salud de Alca nos informaron que en los últimos años (2005-2010) solo habían detectado dos casos en las diversas

comunidades (uno de ellos fallecido) y estos correspondían a Ayahuasi (que es la comunidad más grande del distrito). En nuestro estudio pudimos contactar en total 5 casos, la mayoría de ellos habían adquirido la enfermedad en años anteriores al 2005.

Con respecto a la población asegurada, la mayoría cuenta con un seguro: el 73.4% cuentan con el SIS asimismo, el 2.8% cuentan con ESSALUD y el 23.8 % con ningún seguro.

SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS



3. Síntesis de los Resultados

3.1. Conocimiento de la Enfermedad

En La Esmeralda, Buena Gana y Acopía existe una mayor incidencia de la TB que en Vicos y Ayahuasi. La presencia más cotidiana de la enfermedad podría traducirse en un mayor conocimiento de la misma según el punto de vista biomédico (causas, factores de riesgo, tipo de tratamiento, etc.). Efectivamente, esto es claro en La Esmeralda y Buena Gana en contraposición con Vicos y Ayahuasi (donde poco conocen de la misma). Sin embargo, encontramos que en Acopía no sucede esto y no podemos explicarnos porqué.

P: ¿Pero cómo se ha enterado de que esa enfermedad es la tuberculosis?

R: Mediante así charlas que recibimos del centro de salud, las enfermeras han dado la charla (...) El año pasado ha sido. Ellos [centro de salud] siempre visitan a la comunidades siempre y dan la charla, dos veces he participado de charla [de tuberculosis]

(Autoridad de La Esmeralda, varón, 50 años)

(...) Recién este tres cuatro años atrás, creo estoy escuchando de tuberculosis también, más que todo, y de asma. Creo que se dice de tuberculosis ¿no? Tuberculosis es ¿no? Otra enfermedad es creo. (...) De ahí creo se produce asma y ese es más que todo acá las enfermedades que atacan a la gente.

(Promotor de Salud de Vicos, mujer, 40 años)

Sí, nosotros abarcamos ahorita cinco comunidades, incluyendo la de Acopía, son cuatro comunidades las que tiene Acopía más la de Acopía, y cada una tiene su promotor. El año pasado se estuvo trabajando con ellos mensualmente, capacitaciones de temas de salud, incluso de lo que es tuberculosis, para este año recién se va a volver a programar

(Personal de salud de Acopía, mujer, 45 años)

P: ¿Usted sabe qué es la TBC?

R: No, acá no conocemos

P: ¿Nunca ha escuchado de esta enfermedad?

R: No

P: ¿Más o menos?

R: Creo que hablaron hace dos años o tres años hablaron de una persona que le había dado creo.

(Autoridad de Ayahuasi, varón, 42 años)

P: ¿Alguna de ustedes conocen esta enfermedad donde nos da tos durante dos semanas a veces o más, nos da tos con flema, así mismo nos da calentura en la noche y no da ganas de comer, así mismo empiezan a enflaquecer y tienen cansancio, ¿esa enfermedad conocemos?

R: Sí, conozco

P: ¿Qué enfermedad sería?

R: TBC

P: ¿Lo que se dice tuberculosis?

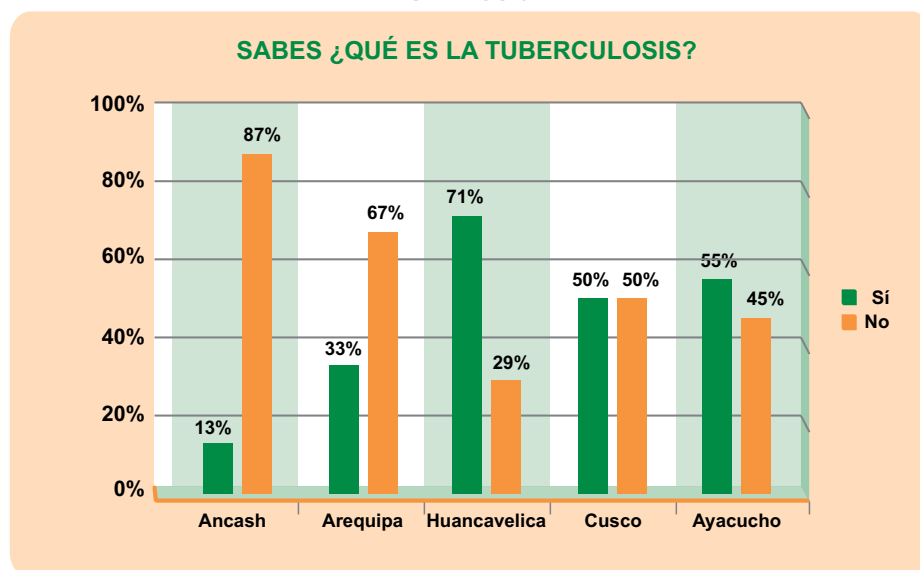
R: Sí

(Grupo focal mujeres de Buena Gana)

Por otro lado, cabe indicar que el mayor desconocimiento de la enfermedad en Vicos y Ayahuasi se podría explicar parcialmente también por una mayor intención de ocultamiento de la enfermedad o problema al entorno por parte del personal de salud. En ambos casos, este personal nos indicó que prefería no hablar del tema con la población para que no estén identificando y así estigmatizando a los casos existentes en la comunidad.

En la encuesta ante la pregunta “¿Sabe lo que es la tuberculosis?”, menos de la mitad (43.8%) respondió que sabía pero se encontraron grandes diferencias entre las zonas. Mientras que en La Esmeralda (Huancavelica) 70.9% de las personas la conocía, en Vicos (Ancash) solo el 12.9% de la población respondió que la conocía. En Ayahuasi (Arequipa) también hay un porcentaje bajo (33.1%) de personas que decían conocer la enfermedad. Del mismo modo, al preguntarles a las personas si sabían los síntomas de la TB, se apreciaron las mismas diferencias entre las zonas: en Vicos (Ancash) y Ayahuasi (Arequipa) era donde claramente menos se conocían esos síntomas.

GRÁFICO 01



Ahora pasaremos a explorar temas más específicos relativos al conocimiento de la enfermedad.

En los testimonios se apreció que la gente no identifica en primer lugar a los síntomas con la tuberculosis. Cuando el cuadro avanza y se acerca más a la descripción biomédica las personas pueden nombrar la enfermedad tuberculosis, pero esto solo se produce en algunas ocasiones; muchas veces se utilizan más bien nombres locales y la palabra tísico (con mayor o menor uso dependiendo de los lugares). Asimismo si la enfermedad se considera causada por una entidad sobrenatural puede llevar nombres como chacho, abuelo, alcanzo o pacha.

En el caso de La Esmeralda el nombre más usado es “caja” o “enfermedad de caja”, también se usa el nombre quechua “pulmon onqoy” y en menor proporción tísico.

Enfermedad de caja, se refiere al pulmón, también dicen que le ha pasado el frío. Cuando tiene TB le dicen que tiene agua en sus pulmones.

(Autoridad de La Esmeralda, mujer, 36 años)

Sí la conocen en quechua como... como le diría esto..., enfermedad de “caja” dicen eso en quechua... pulmon onqoy.

(Personal de salud de La Esmeralda, mujer, 39 años)

En Buena Gana se usa el nombre de “uti oqo”:

Uti oqo dicen, toman limón tostado con sal, cuando les agita el cuello y les duele mucho

(Autoridad de Buena Gana, varón, 25 años)

Decimos nosotras uti oqo

(Grupo focal mujeres de Buena Gana)

En Vicos la denominación más común es “tísico” aunque algunos dicen también en quechua “curopulmon” o “curopulmainincho” (gusanito del pulmón):

Tísico sí lo conocen, más conocíamos, más antes, pero ahora ya, ya poco a poco ya nos estamos informando mediante centro de tanto capacitación, más antes decíamos tísico

(Promotor de salud de Vicos, mujer, 40 años)

Curopulmainincho decían también, en quechua. Gusano hay en su pulmón, decían así en quechua. "Curushcaupulmainincho" decían.

(Promotor de salud de Vicos, mujer, 40 años)

En Acopía a la enfermedad se le conoce como “tisis” no como “tísico” como en otros lados. Un segundo nombre menos común es taquí ullo:

Ya sabía, ya presentía, "papa tengo tisis creo". Acá le decimos tisis
(Familiar de persona curada de Acopía, varón)

P: Quizás como son quechua hablantes, ¿ellos le denominan de otra forma (a la TBC)?

R: Taqui ucllo le dicen. Taqui ucllo.

(Autoridad de Acopía, varón, 38 años)

En el caso de Ayahuasi se utiliza indistintamente las palabras "tisis" y "tísico":

Ellos dicen tisis, tisis.

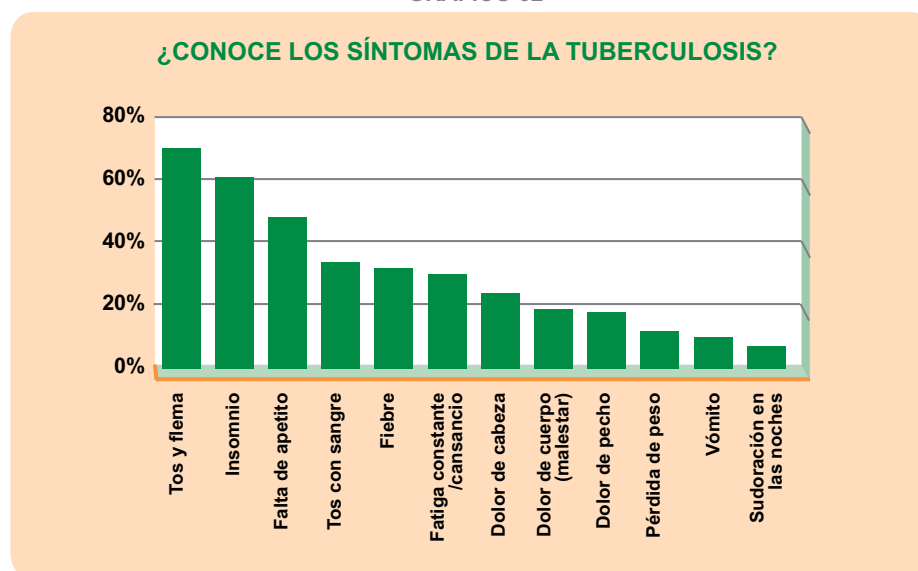
(Autoridad de Ayahuasi, varón, 31 años)

Tísico, así le llaman acá en quechua.

(Autoridad de Ayahuasi, varón, 30 años)

En la encuesta que hicimos se les preguntó directamente a las personas que dijeron conocer de TB por los síntomas que conocen de esa enfermedad. Las respuestas mayoritarias encontradas fueron tos y flema, pérdida de peso y falta de apetito:

GRÁFICO 02



Ahora, respecto a las causas, en la sección cualitativa del trabajo se identificó que en la mayoría de las comunidades la enfermedad (cuando no se vincula a un origen sobrenatural) se asocia no a una sino a varias de las causas que vamos a señalar a continuación. La más común en todas las comunidades es el frío o el cambio de temperatura de calor a frío, entre otras causas se menciona la ausencia de buena alimentación, el exceso de trabajo, así como el consumo de alcohol y hasta de coca. Algunas personas también consideran que la enfermedad es hereditaria.

Con respecto al frío, es interesante que diferentes personas en diferentes comunidades hablan que uno se enferma si ha tenido una exposición prolongada al frío por mucho tiempo incluso por años dejando entrever la idea que el frío se acumula en el organismo y lo hace proclive a contraer la enfermedad:

P: ¿O sea es por el frío también?

R: He escuchado que muchos dicen es por el frío, a veces desde la niñez, falta de abrigo todo. Según ese así ese es el caso

(Grupo focal con hombres de La Esmeralda)

Da por el frío, lo sentimos cuando ya somos mayores

(Paciente de Buena Gana, mujer 45 años)

Yo creo que se produce con el frío. A veces con la lluvia te humedeces. Con la lluvia se moja a veces, no llevas para protegerse de la lluvia y con esa misma ropa se secan también, no se cambian. A causa de eso hace tos, hace flema

(Grupo focal con varones de Acopía)

P: ¿Cómo crees que te ha agarrado esa enfermedad [TB]?

R: Solamente por el hecho que he tomado agua fría, cuando llegué de la chacra, porque hemos ido a un trabajo y nos ha hecho tarde, entonces tenía sed y tomé agua frío, de ahí nomás me ha agarrado.
(Ex paciente de Ayahuasi, varón, 37 años)

Respecto a la mala alimentación, mucha gente habla de esta causa aunque es secundaria respecto al frío. Sin embargo, en Acopía es la más mencionada:

[Me dio la enfermedad] Más que nada por alimentación. De así pequeño sufría con tos, entonces mis padres inmediatamente no me llevaron a la posta, por si solo sanaba, entonces dice que con eso más fácilmente nos ataca esa enfermedad

(Afectado de La Esmeralda, varón, 33 años)

P: ¿La enfermedad ha venido de otro lugar o es que ha nacido aquí?

R: De aquí también será pues porque es por falta de alimentación.

(Grupo focal de mujeres de Buena Gana)

Es por una mala alimentación (...) cuando uno vive solo a veces no te dan ganas de comer. Entonces no comía, no comía a veces.

(Afectado de Vicos, hombre, 25 años)

Cuando un niño está mal nutrido ya desde la gestación entonces ese niño nace débil y es objeto, es víctima de cualquier enfermedad.

(Grupo focal con varones de Acopía)

P: ¿Y por qué cree que le da la TBC a la gente?

R: Para mí por mala alimentación, toda la enfermedad que entra es por eso

(Autoridad de Ayahuasi, varón, 31 años)

Es común además que los entrevistados no mencionen una sino varias causas a la vez. A continuación vamos a colocar algunas citas en las que se puede apreciar esto:

Hasta yo mismo me sentiría mal con la caja porque a mi edad de 60 para arriba esa enfermedad ya viene, porque según el alimento, el trabajo, todo nos complica. Porque cuando no comes alimento te da la caja o por el trago que en exceso toman

(Autoridad de La Esmeralda, varón, 60 años)

P: Ud. me dice que conoce a este señor (...) ¿Por qué contrajo el señor (...) esta enfermedad? ¿Y dónde la contrajo? Bueno aquí nomás la adquirió, antiguamente trabajaba duro cargando y de ahí tomaba también, poco alimento y algo por ahí será pues

R: ¿Ud. sabe cuáles son las causas de la tuberculosis?

P: Mala alimentación, después tomar el alcohol.

(Dirigente de Acopía, varón, 62 años)

P: Y desde su experiencia ¿Por qué cree que le ha dado la TBC?

R: Eso es de mala alimentación, tomar un poco de alcohol

(Ex paciente de Ayahuasi, varón, 69 años)

También comunes (aunque en menor grado) son las causas de tipo sobrenatural. En cada lugar se encuentran algunas diferencias al respecto, el origen puede ser la intervención de un ser humano (brujería o daño) o la intervención de un ser sobrenatural que habita en zona de entierros, cavernas o grutas (abuelo o gentil)¹¹ o que domina o habita algún accidente geográfico o fenómeno meteorológico como el cerro, la tierra (pacha o alcanzo), la laguna o el ojo de agua (chacho o puquio), el rayo.

¹¹ Valencia (2002) refiere que una causa común de la tuberculosis en las comunidades andinas quechuas es el machu wayra (viento viejo) o espíritu de las momias.

En realidad, la enfermedad se nombra frecuentemente por la causa que la origina. Puede denominarse entonces daño (si se trata de obra de un brujo) o pacha o chacho si se trata de una entidad sobrenatural. Ahora, la razón del ataque de un brujo es generalmente la envidia y se da normalmente a pedido de un tercero. En el caso del ataque de una entidad sobrenatural la razón puede ser: no realizar pagos u ofrendas antes de iniciar los trabajos de campo; caerse tumbado por algún animal; recostarse o dormirse en algún lugar sin hacer una ofrenda; verter gotas de sangre en la tierra de ciertos lugares, etc., razones que aparecen también en un texto publicado por el Instituto Nacional de Salud (INS, 2011)¹². Es importante señalar que estos nombres de enfermedades pueden corresponderse con sintomatologías muy variadas que se relacionan a diferentes enfermedades de nombre biomédico como también ha sido notado por otros autores que han estudiado el tema (Arroyo et al., 2000; Culqui et al. 2008).

P: ¿Vienen a Ud. los que están enfermos, los que están mal con su pulmón?

R: Sí. Mire hasta las esposas de los trabajadores a veces llevan el almuerzo y descansan. Les daña donde descansan pues y se enferman allí con el mal del cerro.

(Curandero, varón, anciano, no menciona edad)

Sí hay otro (ex paciente de TB), pero él no le va a dar la razón. Ha tenido una herida pero que sí es TB extra pulmonar y se ha reventado y le ha salido pus, pero no quiere ir al ES porque cree que es eso chacho o abuelo. Se llama xxx, él vive a la entrada de Anta-Anco (Autoridad de la Esmeralda, mujer, 36 años)

... cuando no le pasaba la enfermedad, consulté al curandero y se habían complicado pacha y tuberculosis (Esposa de Ex paciente de Buena Gana, mujer, 50 años)

Ella comenta que ha caído rayo.... No cree que puede ser contagiosa. Ella dice que ella sí tose pero cree que por el hecho que se ha caído rayo... es como algo hereditario, desde su mamá todos han nacido así. Todos tienen ese problema, a consecuencia del rayo.

(Familiar de afectado de Acopía, mujer)

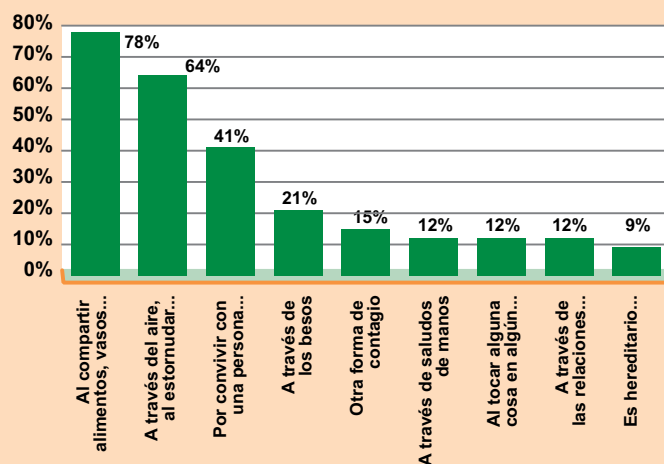
Una vez yo traje aquí [al curandero], eso también le había hecho daño, de eso también le hice curar y de ahí ya estaba sano. Siempre tosía, eso no soltaba

(Esposo de ex paciente de Ayahuasi, varón, 35 años)

Cuando preguntamos en la encuesta “¿Sabe cómo se transmite la tuberculosis?” solo respondieron afirmativamente 47% de los encuestados. Entre los que contestaron, la respuesta más común fue “Al compartir alimentos, vasos, platos o cubiertos”, respuesta dada por el 78% de las personas. La segunda respuesta más común fue “A través del aire, al estornudar o toser” con 64% de las personas. La tercera respuesta más común fue “Por convivir con una persona afectada” (41%). También aparecen respuestas erróneas como “A través de saludos de manos”, “Al tocar alguna cosa en algún lugar público”, “A través de las relaciones sexuales”, “Es hereditario” pero con puntajes bajos: los tres primeros con 12% y el último con 9%.

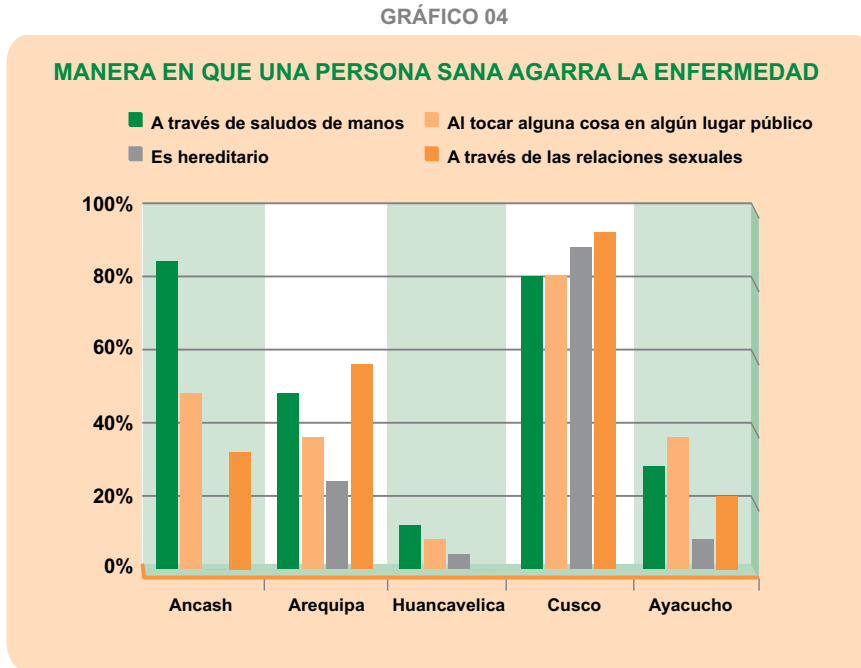
GRÁFICO 03

MANERA EN QUE UNA PERSONA SANA AGARRA LA ENFERMEDAD

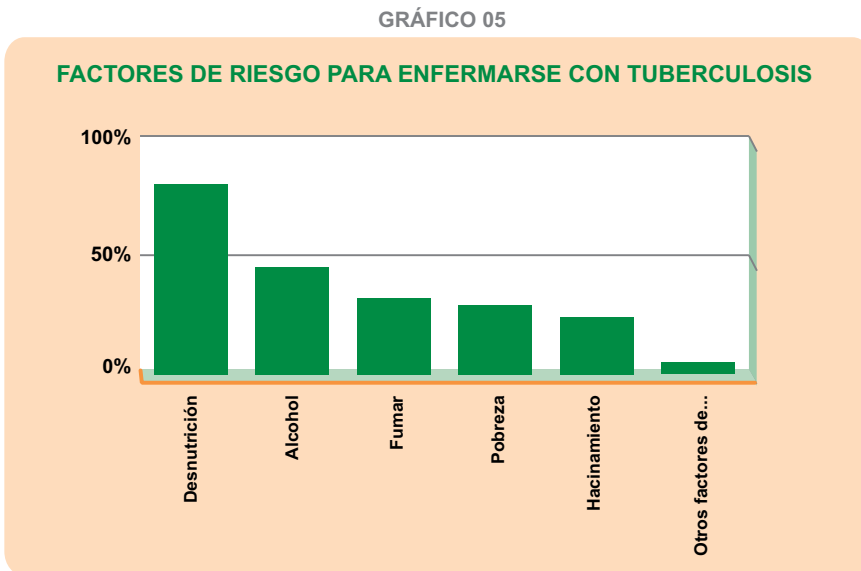


¹² Diversos autores indican que estas concepciones tienen orígenes milenarios. Por ejemplo, Vergara (2002) subraya que en el Tahuantinsuyo “una persona antes de echarse o sentarse en la tierra debía hacerle una ofrenda. En caso contrario la divinidad podía mostrar su enojo provocándole enfermedades mágicas como el huari, el chacho o la chapla.”

Al ver las respuestas claramente erróneas desde el punto de vista biomédico, encontramos que estas son menos numerosas en La Esmeralda (Huancavelica) y Buena gana (Ayacucho) y son más numerosas en Acopía (Cusco) y en segundo lugar en Vicos (Ancash) y Ayahuasi (Arequipa) lo que coincide con los datos cualitativos:



Finalmente, ante la pregunta de “¿Cuáles son los factores de riesgo para enfermarse de tuberculosis?” las respuestas más comunes fueron desnutrición y alcohol.



Por otro lado, a partir de los datos cualitativos consideramos que la mayoría de las personas no sabe si la tuberculosis tiene cura o no aunque otro sector importante considera que sí tiene cura. También una minoría afirma que la enfermedad no tiene cura sobre todo cuando se trata de casos donde la enfermedad ya está avanzada.

P: ¿Por qué dice que es incurable?

R: Difícil pues. Casi no encuentras ni curandero ni doctor. Difícil es.

(Grupo focal con varones de Acopía)

Esa es una enfermedad que no tiene cura, tal vez si te tratas en un buen momento te puedes salvar, sino imposible

(Grupo focal con varones de Vicos)

Hay un caso pero ya se le llevó a la posta [de Alca], hasta Cotahuasi también y nada, ahorita ya esta viejito y ese tos ya no le suelta, dice que ya no se puede curar.

(Autoridad de Ayahuasi, varón, 49 años)

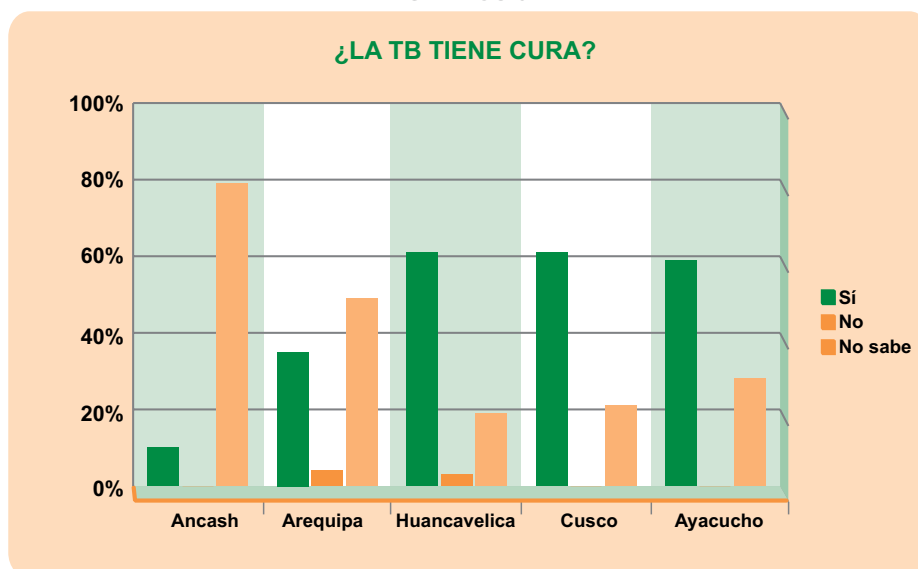
Ante esta misma pregunta, en la encuesta las personas se dividieron entre los que consideraban que la TB sí tenía cura (47.6%) y los que no sabían si tenía cura (47%), quedando una minoría (5%) que consideraba que no tenía cura.

GRÁFICO 06



Revisando los resultados de la encuesta por comunidad encontramos que en tres de ellas predomina la idea de que la enfermedad tiene cura: La Esmeralda (Huancavelica), Acopía (Cusco) y Buena Gana (Ayacucho). En dos comunidades predomina el desconocimiento al respecto: Vicos (Ancash) y Ayahuasi (Arequipa). Anteriormente habíamos ya señalado que estas son las comunidades con menor incidencia de la TB y esbozamos la hipótesis de que probablemente los pobladores de ellas tendrían un menor conocimiento de la misma.

GRÁFICO 07



Adicionalmente, debemos decir que en las entrevistas y grupos focales encontramos que mucha gente sabe que la enfermedad es contagiosa y se transmite al usar cubiertos o utensilios del enfermo o al exponerse a su tos o estornudo. Sin embargo, creemos que este conocimiento no es mayoritario y que mucha gente también no es consciente que la enfermedad es contagiosa.

Por otro lado, encontramos que existe una diferente percepción de la frecuencia de la enfermedad en las diferentes comunidades. En algunos casos la enfermedad es considerada relativamente frecuente como sucede en La Esmeralda, Buena Gana y Acopía, lo que está en concordancia con las estadísticas de morbilidad: Definitivamente en estas comunidades hay más casos que en Vicos y Ayahuasi.

Sin embargo, en ninguna de las comunidades la tuberculosis es considerada muy frecuente o una de las enfermedades más frecuentes. Se mencionan otro tipo de enfermedades frecuentes, pero leves, como la gripe y la tos e incluso, en menor de los casos, enfermedades diarreicas; y entre las complicadas la bronconeumonía, paludismo, neumonía, asma, malaria, el cólera, gastritis, etc.

Acá en la comunidad, mayoritariamente enferma la gente con... gastritis tóxicas, bronconeumonía, y otros enfermedades que son realmente gravedades, que se desconocen.

(Autoridad de La Esmeralda, varón, 60 años)

En estos tiempos aparece el paludismo, en enero, febrero, marzo de ahí pasa. Además fiebres, fiebre justamente con tos.

(Autoridad de Buena Gana, varón, 38 años)

P: ¿Y cuál es la enfermedad que ellos registran con mayor frecuencia?

R: Infecciones respiratorias agudas

(Personal de salud Acopía, mujer, 45 años)

Mayormente neumonía y bronco-pulmonía

(Autoridad de Ayahuasi, varón, 42 años)

Mayormente, la gente tiene tos por el frío, en el calor también nos ataca gripe y tos, por el calor ya, entonces tenemos que tener más cuidado, en tiempo de calor a veces por la helada cae en junio, julio, agosto, primeros días de setiembre hace un frío tiene que saber abrigarnos, cuidarnos nosotros mismos. Por eso la tos y la gripe nos ataca.

(Autoridad, varón, edad no manifestada)

3.2. Itinerarios Terapéuticos

En las comunidades estudiadas hemos encontrado una fuerte presencia de conocimientos y prácticas de medicina tradicional. Esto se da tanto en la utilización de hierbas o remedios naturales (no solo vegetales sino animales o minerales) como en el empleo de la medicina mágica o chamánica.

En todas las comunidades se emplea la medicina tradicional pero a la vez se recurre a la automedicación o también se acude a los establecimientos de salud.

Coincidentemente, el primer paso es generalmente el empleo de hierbas o remedios naturales o la automedicación (siempre existen tiendas o pequeñas boticas donde expenden medicamentos). En estos momentos generalmente se piensa que la enfermedad está asociada al frío o se trata de una gripe o bronquitis:

Pensé que era gripe y empecé a buscar pastillas en la farmacia para la gripe como panadol, antalgina. Estuve así como un mes

(Ex afectado de La Esmeralda, varón, 24 años)

He estado tosiendo más de un mes y pensé que era solo una simple tos y tomaba hierbas medicinales: lumbre, corteza de matus.

(Ex paciente de Buena Gana, mujer, 70 años)

Y antes de ir a la posta ¿Cómo se curaba?

Así nomás estaba. Y solito

Solito ¿No tomaba hierba?

Sí, una fecha tomaba pastillas e hirviendo eucalipto.

(Ex afectada de Vicos, mujer, 48 años)

R: No, no vamos a la posta

R2: Nos curamos más con las hierbas

R3: Las hierbas son más saludables

R: Pastilla es droga

(Grupo focal con mujeres de Acopía)

Yo pensaba que era una enfermedad... que no me daba cuenta pe qué enfermedad tenía y solo me curaba con hierbitas.

(Ex paciente de Ayahuasi, varón, 69 años)

Si la enfermedad persiste se recurre ya sea al curandero o al proveedor de salud del MINSA dependiendo de cómo las personas afectadas o su entorno razonen en torno a la etiología de la enfermedad. Luego, si alguno de estos no ha sido efectivo recurren al otro:

Primero siempre lo hacen ir al curandero luego al ES.

(Autoridad de La Esmeralda, mujer, 36 años).

Si no sanas con la posta, tienes que ir al curandero

(Grupo focal con estudiantes de La Esmeralda)

Sí, sí hay varios curanderos. Hace poco nomás yo fui, no por TB sino por malaria, yo fui a decirle a un señor 'Tiene que continuar su tratamiento'. Y no recibió porque el curandero lo estaba, dice, curando. Entonces todavía están con esa creencia ¿no?

(Personal de salud de Buena Gana, mujer, 26 años)

R1: Al doctor, cuando no sana el curandero.

R2: Hay veces caemos y nos enfermamos, con cuy también hacen...

R3: Primero al cuy, luego al curandero

(Grupo Focal con estudiantes de Vicos)

En algunas ocasiones, también se recurre a técnicos sanitarios (que trabajan por otro lado en el ES local) que fungen de médicos y hasta recetan medicamentos.

Botica acá no hay (...) Sólo hay un personal técnico que vive acá, que en su casa venden, está pirateando (...) como si fuera un médico, a él le consultan. Por eso nosotros ya le hemos prohibido varias veces que no haga eso, que eso está prohibido ¿no?

(Promotor de salud de Vicos, mujer, 40 años)

La gente por eso se cura con la farmacia nomás o con hierbas. La señora de la farmacia, la doctora Olguita (técnica del ES) es muy acertada, todo el mundo va donde ella nomás.

(Ex afectado de La Esmeralda, hombre, 24 años)

Lamentablemente, hemos encontrado que es muy común que las personas acudan al establecimiento de salud cuando la enfermedad se encuentra avanzada.

Estos solo se acercan al puesto de salud cuando ya están graves debido a que son escépticos respecto al tratamiento y prefieren, en la medida de lo posible, tratarse con hierbas en sus propios hogares.

(Personal de salud de Acopia, mujer, 45 años)

Por otro lado, se ha encontrado que es muy usual que las personas recurran al mismo tiempo a la medicina tradicional y al tratamiento biomédico del establecimiento de salud. Es más común que se combine el tratamiento de los establecimientos de salud con hierbas o remedios naturales pero también en algunas ocasiones se combina con tratamiento mágico de curanderos. Esto último se da cuando se piensa que la causa de la enfermedad es sobrenatural:

Cuando terminaba sus pastillas de tomas maneras tenía que tomar su hierbita

(Esposo de afectada fallecida de La Esmeralda, varón, 55 años)

Le llevé al curandero y me dijo que era alcanzo de la tierra y un poco de TBC, se había complicado, le hice curar de pacha y le hizo escupir sangre.

(Esposa de ex paciente de Buena Gana, mujer, 50 años)

R: Ha tomado dice muña, eucalipto y shiraka. Mora

P: Y eso ¿al mismo tiempo que el tratamiento de la posta? ¿Los dos al mismo tiempo?

R: Todos los días tomaba (las hierbas), sin dejar

(Familiar de afectado de Vicos, mujer, 55 años)

P: ¿Cual es el tratamiento que le fue más efectivo, el que recibió en la posta o el del ajo?

R: Uno tiene por parte lo que alimentos, por otra parte lo que son fármacos que da la posta, curativos químicos, pero eso no cura sólo hay que cooperar con lo que es alimentos.

(Familiar de persona curada de Acopía, varón, no mencionó edad)

P: Quizás pensando que es otra enfermedad, ¿le han llevado al curandero, así?

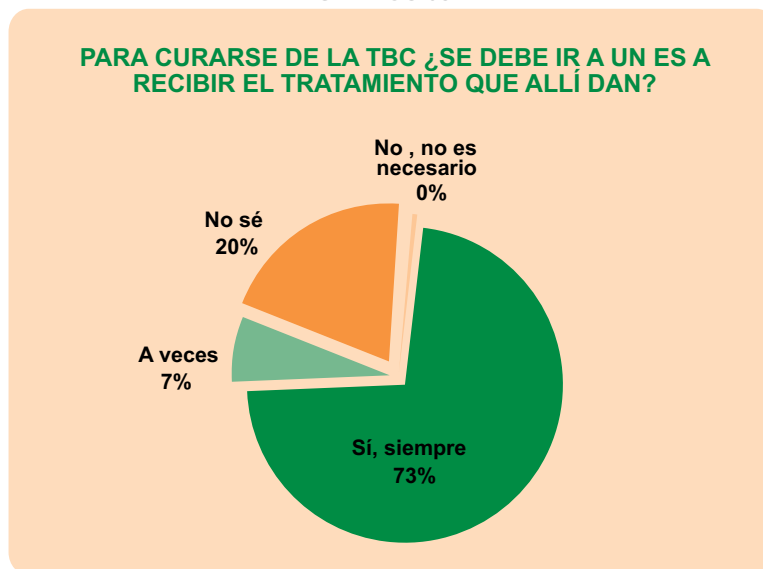
R: Eso también, le había hecho daño [la pacha].

(Ex paciente de Ayahuasi, varón, 35 años)

El empleo de la medicina tradicional es casi omnipresente en la atención de los casos, ya sea desde el inicio como posteriormente (con el tratamiento biomédico o no). Cuando la causa se considera sobrenatural se recurre a tratamientos mágicos como las oraciones o el pago a la tierra o al cerro. Cuando la enfermedad se asocia al frío debe contrarrestarse la enfermedad con elementos cálidos. Al respecto existen un número increíble de hierbas mencionadas y también tenemos algunos remedios de origen animal como la carne o la sangre de zorrino (o zorrillo), la carne de gato negro y gallina negra, y el joti (gusano o ciempiés del molle).

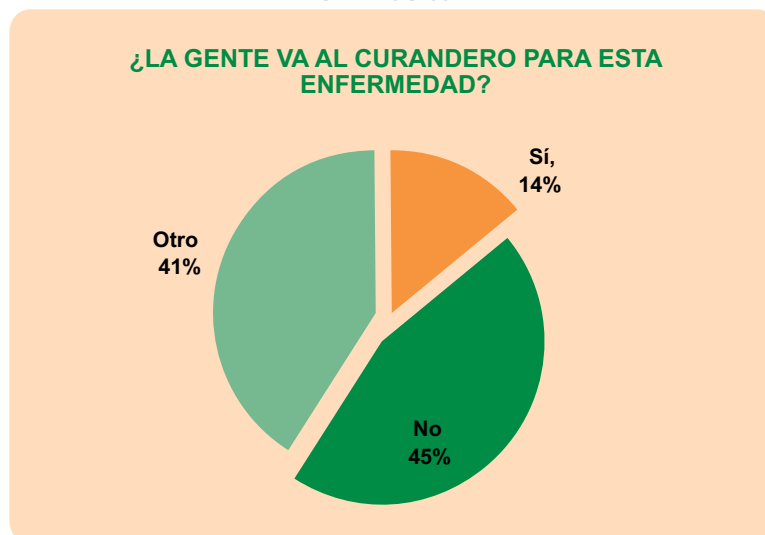
A pesar que se puede ver una presencia importante de la medicina tradicional en el tratamiento de los síntomas de la TB, es también claro que cuando los pacientes identifican la enfermedad como tuberculosis, es decir, con un nombre biomédico, la relacionan más directamente al tratamiento en el establecimiento de salud. Esto se puede apreciar en la encuesta donde, por ejemplo, a la pregunta “Para curarse de la TBC ¿se debe ir a un establecimiento de salud a recibir el tratamiento que allí dan?”, la gente respondió mayoritariamente (73%) “Sí, siempre”.

GRÁFICO 08



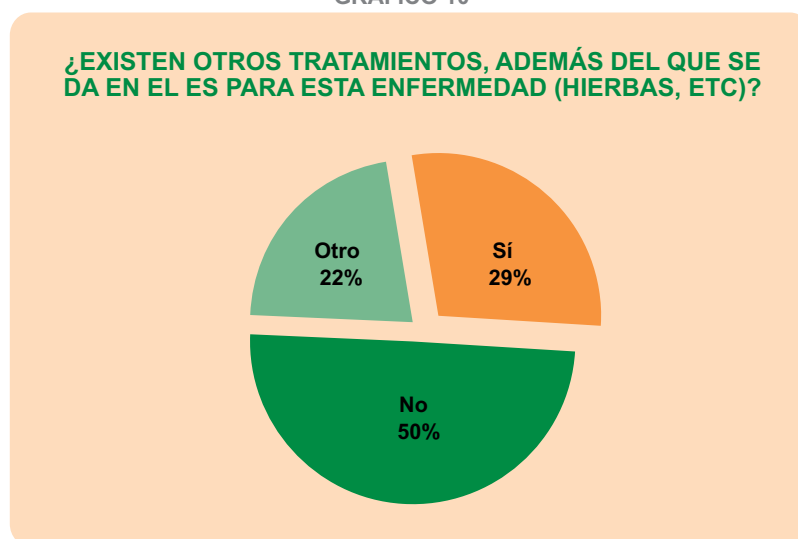
De igual modo ante la pregunta “¿La gente va al curandero para esta enfermedad?” solo una minoría (14%) respondió que sí aunque en Acopía Cusco un 25.5% respondió que sí.

GRÁFICO 09



No obstante, un número poco desdeñable de los encuestados (29%) consideró en la encuesta que existe un tratamiento alternativo al brindado por los establecimientos de salud consistente en hierbas u otros remedios naturales. En algunas zonas como Ayahuasi y Acopía esta proporción de personas era considerablemente mayor (52.2% y 38.1% respectivamente):

GRÁFICO 10



Para finalizar esta sección queríamos colocar una tabla en la que señalamos las diferentes hierbas o remedios de origen animal que encontramos en las diferentes zonas:

	LA ESMERALDA	BUENA GANA	ACOPIA	AYAHUASI	VICOS
Hierbas	Eucalipto Nogal Molle Matico Cola de caballo Yawar suku Tuta Winacha Qara Wichka	Lumbre Corteza de matus sangre de grado eucalipto	Eto Eto Yamaroko Huamalipa Eucalipto	Eucalipto Sasahui Jankuripa Huamanripa	Eucalipto Hoja de coca Toronjil muña Matico

	LA ESMERALDA	BUENA GANA	ACOPIA	AYAHUASI	VICOS
Animales	Carne o sangre de zorrino carne de jarachupa (animal parecido a la ardilla) carne de gato negro Gallina negra joti (gusano o ciempiés del molle)	Ojos de llama	No se conoce de animales	Páncreas de animales Palomitas salvajes	Cuy (diagnóstico) Gusano Negro

3.3. El Enfermo y su Entorno

Hemos encontrado que en la mayoría de los casos las personas afectadas comunican a sus familiares su diagnóstico. Obviamente, al no poder desenvolverse normalmente (tareas habituales, trabajar), necesitan el apoyo y cuidado de estos. Felizmente para ellos este apoyo se da generalmente. Realmente no hemos encontrado casos en que los familiares excluyan o descuiden a sus miembros afectados.

Si fuera mi familia, ya tendría su propio cuarto, hasta los cubiertos separados. Pero no creo que pueda marginarlo. De repente apoyarlo.

(Autoridad de Acopia, varón, 38 años).

(...) y como ellos vivían solos, y parece que perdieron el trabajo por la enfermedad, no sé exactamente, tuvieron que regresar acá para que su familia los pudiera apoyar en cierta forma, para que los pueda cuidar, o al menos para lo que es la alimentación (...)

(Personal de salud de Acopia, mujer, 26 años)

P: ¿Quiénes te ayudaban en tus labores?

R: Mis hermanos, mis hijos me ayudaban en las labores que tenía que hacer, pero yo no las podía realizar por la enfermedad que padecía.

(Ex afectada de Buena Gana, mujer, edad indeterminada)

P: A nivel de su familia, ¿solo usted sabía o también los demás miembros de su familia?

R: Sí, saben.

P: ¿Sus familiares?

R: Saben, su tía también vino de Lima, todo eso saben.

P: ¿Y cómo le trataban a ella si sabían?

R: Querían llevar hasta Lima. Su tía quería llevarla a Lima. Yo voy a hacer curar decía; mi señora no quiso ir

(Esposo de ex paciente de Ayahuasi, varón, 35 años)

No me dejaba la tos, pero cuando estaba mejorcito ya me he ido de acá, porque pensaba que me podía dar de nuevo [la TB], y mi familia me ha llevado al hospital y me chequearon y de ahí me quedé en su cuarto de mi familia y cada día iba al hospital en Lima.

(Ex paciente de Ayahuasi, varón, 37 años)

Si una familia de uno mismo estuviera con esa enfermedad, creo que lo principal es darle apoyo (...).

(Grupo focal con estudiantes de La Esmeralda)

Por otro lado, encontramos que generalmente los familiares toman precauciones para evitar el contagio, usualmente estas precauciones son conocidas a través de conversaciones con el personal del establecimiento de salud. Asimismo, a veces son llevadas a cabo de manera exagerada.

Entonces tomamos las precauciones. No comía con los demás sino en un rinconcito. Mis cubiertos eran lavados y guardados aparte y me mandé a hacer otro baño en otra casa que teníamos. Eso para no contagiar a mi familia, sobre todo a mi sobrinito.

(Ex afectado de La Esmeralda, varón, 24 años)

P: ¿Cómo te trataban tus familiares? ¿Te trataban bien? ¿Trataban de alejarse de ti?

R: De esas cosas, servicios tenían aparte, muy aparte, entonces como estaba mal, mi platito, mi vasito para la cena tenía muy aparte

(Afectado de La Esmeralda, varón, 33 años)

Si fuera mi familia, ya tendría su propio cuarto, hasta los cubiertos separados.

(Autoridad de Acopia, varón, 38 años).

Sin embargo, existen algunos pocos casos en que los familiares no se protegen porque nadie les ha explicado que debían hacerlo:

P: Y señora, ¿le dijeron, le recomendaron que tenga cuidado para no contagiar?

R: Sí. Vas a contagiar a alguien de tu familia, dice.

P: ¿Y qué le recomendaron para que no contagie?

R: Nada me han dicho.

P: ¿Nada? O sea ¿usaban los mismos platos y los mismos cubiertos toda la familia?

R: Sí. Como uno más.

P: No le han recomendado tener plato aparte, nada...

R: No.

Con respecto a cómo reacciona la población frente al diagnóstico del afectado, hemos encontrado opiniones diferenciadas que probablemente dependen parcialmente del grado de conocimiento que se tiene de la enfermedad y sus formas de transmisión. Como vimos en otra sección del documento, el conocimiento de la enfermedad desde el punto de vista biomédico es más claro en La Esmeralda y Buena Gana. Ahora bien, en la sección cualitativa del estudio nos ha dado la impresión que había un mayor rechazo a los que padecen la enfermedad en La Esmeralda y Buena Gana que en las demás comunidades, probablemente porque en aquellas comunidades se está más consciente de los peligros de la enfermedad y de la posibilidad de contagio.

P: ¿Qué piensan las personas de los que padecen de TB? ¿Cómo los tratan?

R: Los marginan

P: ¿Cómo así?

R: Porque piensan que esa enfermedad les va a contagiar a todos

(Autoridad de La Esmeralda, mujer, 36 años)

He sido madre de familia, he ido de excursión con los alumnos en una promoción, y una alumna ha ido, no alcanzaba la plata para dormir cada uno en cuarto del hotel, todas las mujeres en un cuarto hemos dormido (...) Sus compañeras, las alumnas, no han querido dormir con la chica, solita ha dormido la chica, hasta ha llorado porque ha dormido solita (...) Saben sus compañeros que estaba con eso [su papá tenía esa enfermedad], sabían

(Grupo focal con mujeres de La Esmeralda)

(...) Porque incluso Oscar el paciente que ha terminado ahorita su tratamiento, se estaba lanzando para la regiduría de Marcará y cuando se enteraron casi nadie quiso votar por él, pero igual ha ganado. Decían "como ese va entrar, a todos nos va contagiar", "deben prohibirle, que no se presente".

(Personal de salud de Vicos, mujer, 27 años)

Si sabían, y por eso a los vecinos que me visitaban, les decían 'no vayas a esa casa, te vas a contagiar con la TBC', así me contaba mis visitas. Pero mis visitas nunca se contagiaron.

(Ex paciente de Buena Gana, mujer, 70 años)

Ahora, la otra cara de la moneda es el ocultamiento de los pacientes y sus familiares de la enfermedad al entorno, justamente para evitar la marginación o estigmatización:

P: Me dice que la gente no sabía ¿no?

R: Sí, la gente no sabía. Nadie sabía (...) Gente extraña no sabía que yo estaba mal.

(Ex paciente de La Esmeralda, varón, 50 años)

P: Y la comunidad ¿Cómo les trata? ¿Se han alejado?

R: No, eso no les interesa.

P: ¿Ni sabían?

R: No, ni sabían. Tampoco nos decían “tienes esa enfermedad”

P: ¿Pero ustedes tampoco les habrán avisado?

R: No, no le dijimos a nadie. Pero cuando les avisas, y les dices que estás enfermo y en tratamiento no te invitan ni trago, ni otras cosas no te darían.

(Mujer de Buena Gana, familiar de afectada, edad indeterminada)

Como comprenderá soy un vecino notable, las personas me tienen respeto (...) ellos no

Saben que estuve enfermo (...) tengo un prestigio que cuidar

(Afectado de Acopía, varón, 59 años)

Por otro lado, en algunos casos la población muestra una actitud de apoyo hacia los afectados al enterarse del diagnóstico, ya sea que los mismos afectados lo hayan comunicado o no. También hay casos de indiferencia frente a esta enfermedad la que probablemente esté influida por el desconocimiento acerca de la misma considerándola como cualquier otra enfermedad.

Bueno, de repente a comparación de otros sitios como que los discrimina, acá no es tanto así. Claro que tienen un poco de cuidado, y nosotros también tratamos de mantener un poco en discreción (...) de repente los únicos que pueden saber son la familia y con los que tenemos de tener cuidado, acá cuando se habla de tuberculosis la gente no es mucho de discriminar, lo acepta la enfermedad

(Personal de salud Acopia, mujer, 26 años)

Nadie de la comunidad lo trata mal [al señor que está enfermo]. Nadie se aleja, así. Más bien lo ayudan: con comida, con ropitas. Lo tratan de ayudar.

(Afectado de Acopia, varón, 78 años)

P: ¿En tu comunidad todos te trataban de igual manera?

R: Sí señor, todos me trataban con alegría, la profesora de mis hijos también me trata igual, no recibí ningún tipo de discriminación por parte de ellos.

(Ex afectada de Buena Gana, mujer, edad indeterminada)

P: ¿Cuándo aquí a otro le da esa enfermedad, dicen no hay que ir a visitarlo?

R: No, normal le ven

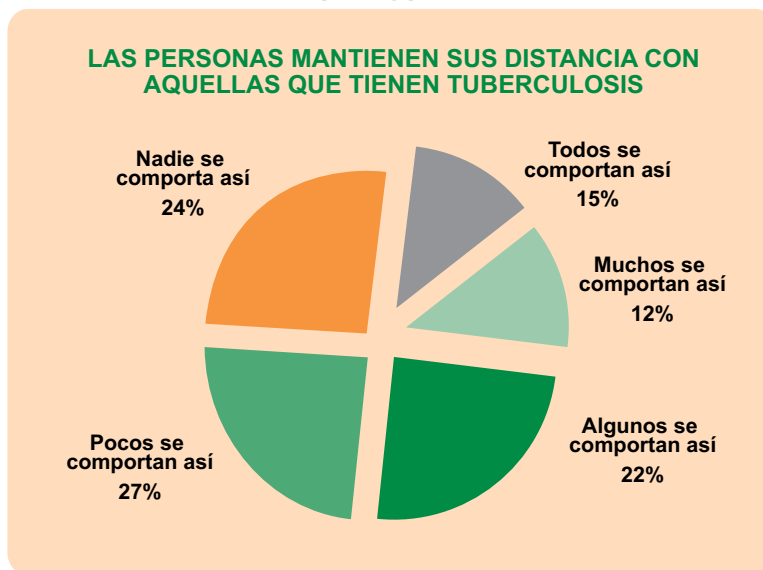
P: ¿No se asustan?

R: No

(Ex afectado de Buena Gana, varón, 45 años)

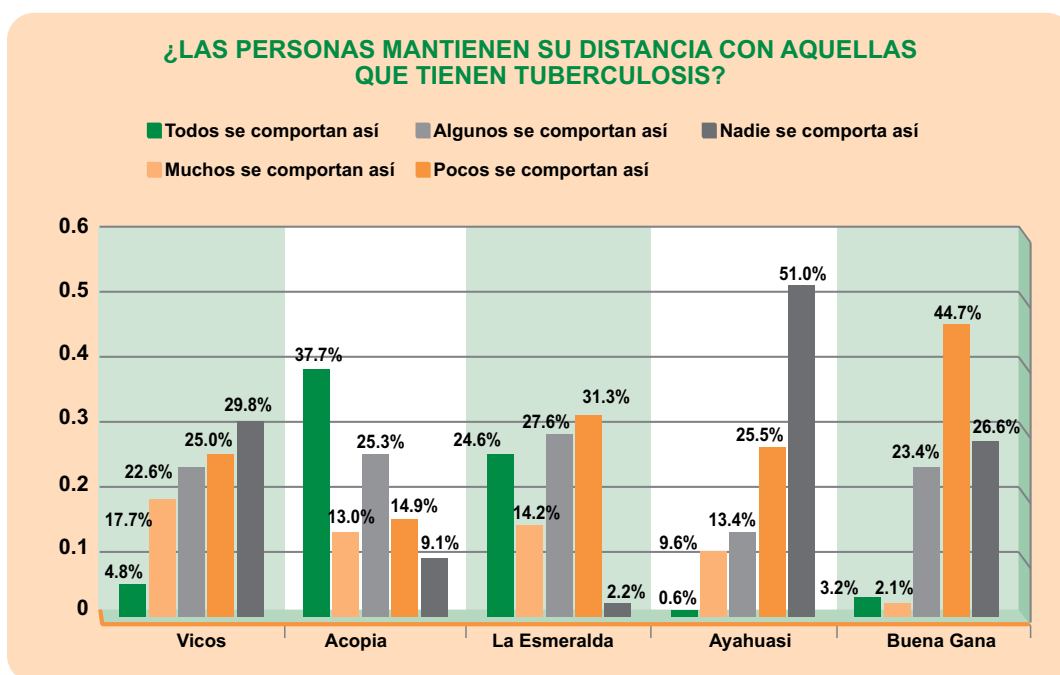
En la encuesta por su parte, la población no es muy enfática respecto al rechazo a los afectados. Ante la pregunta “¿Las personas mantienen su distancia con aquellas que tienen tuberculosis?”, poco más de la mitad respondió entre “Nadie se comporta así” (24%) y “Pocos se comportan así” (27%). Claro la otra mitad respondió entre “Algunos se comportan así”, “Muchos se comportan así” y “todos se comportan así”.

GRÁFICO 11



Los resultados diferenciados por comunidad nos muestran algunas coincidencias y algunas diferencias con lo encontrado en la sección cualitativa del estudio. Por ejemplo, encontramos que en La Esmeralda el rechazo a los afectados es alto y en Acopía es bajo lo que coincide con los datos cualitativos. Sin embargo, encontramos que el rechazo en Ayahuasi es muy alto lo que no se ha percibido en la investigación cualitativa.

GRÁFICO 12



Es necesario mencionar que en algunos casos el desconocimiento acerca de quiénes son los afectados por TB también se da porque el establecimiento de salud tiende a ocultar los casos para evitar cierto tipo de rechazo o algún tipo de trato distinto hacia los afectados.

Yo, la vez pasada le dije (a la encargada de salud) "señorita, me avisas quienes son esas personas para poder...para evitar que hayan más contagios. Por lo menos viendo para decir que se protejan al momento de hablar, para que nadie se acerque en su lado...niños que no acerquen a su lado". Como no sabemos [si tiene o no tiene], estamos por su lado. Le saludo, le converso, a veces estamos por su lado, le voy a pedir favores... ¡pero no le discrimino porque no sé pues! Si sabría ya pues, como te digo, diferente sería.

(Promotora de salud de Vicos, mujer, 40 años)

P: ¿La población de algún modo se entera de que hay pacientes con TBC en su comunidad?
R: Nosotros tratamos de mantener la discreción porque a veces son pacientes marginados, ellos no quieren que se enteren. Cuando el mismo paciente le explicamos qué es la TBC, que es contagioso, se sienten un poco avergonzados y no quieren que el vecino se entere o el amigo, entonces, tratamos de manejarlo con mucho cuidado porque poblaciones como estas son un poco especiales.

(Personal de salud de Ayahuasi, mujer, 42 años)

P: ¿La comunidad se ha enterado, sabía que este señor estaba con TB?

R: Sólo algunos, se han enterado después.

(Autoridad de Ayahuasi, varón, 31 años)

3.4. Percepción del Cumplimiento de Tratamiento de TB y Recomendaciones del personal de salud

De manera general hemos encontrado que el cumplimiento del tratamiento de TB se da, mientras esté bajo la supervisión del personal de salud. Los pacientes usualmente deben trasladarse al establecimiento de salud y, en presencia del respectivo personal, tomar las pastillas necesarias. En el caso que el Puesto de Salud no se encuentre ubicado dentro del centro poblado o las casas de los pacientes se encuentren realmente demasiado lejos, como sucede en Ayahuasi y Buena Gana, los medicamentos son otorgados a un agente cercano para que estos los proporcione al paciente para evitar el desgaste físico, tomando en cuenta las condiciones de salud de los pacientes.

P: Y usted podía... ¿todos los días podía ir?

R: Sí, diario. Con mazamorrita llevaba para que tomen su pastilla.

(Afectada de Vicos, mujer, 48 años)

En los primeros días me quedaba en la posta y allí me daban las pastillas, luego le dieron a la profesora para que me suministre de la pastilla y supervise

(Ex paciente de Buena Gana, mujer, 70 años)

Algunos van..., les dan para una semana. Pero hay que verlo a la paciente si es confiable, si es consciente que va a tomar. Sino mejor hay que citarlas a la posta. Y darles pues para que tomen, porque esas drogas son un poco amargas y a veces por eso no toman.

(Autoridad de Ayahuasi, varón, 30 años)

En todo caso, el cumplimiento de la ingesta de las pastillas, en parte, está relacionado con la actuación del personal de salud, que, según testimonios, está pendiente de ello.

Desde un inicio se les trata de concientizar que sí o sí tiene que terminar, a ellos se les tiene que hablar constantemente, cuando no vienen, tenemos que ir a buscarlo constantemente.

(Personal de salud de Acopia, mujer, 26 años)

La señorita venía... ¿de la posta no? Temprano antes de que se vaya a la chacra. (...) Cuando no iba un día a la posta, venían a buscar “¿Por qué no vino?”, diciendo.

(Familiar de afectado de Vicos, mujer, 55 años)

P: ¿Y en algún momento así ha dejado de tomar? ¿De repente te has demorado, un día?

R: Un día faltaba [Las pastillas] y he bajado [a la posta de Alca]

P: ¿Y toditas sus pastillas ha tomado?

R: Sí, toditas ha tomado.

P: ¿O sea su tratamiento básicamente era tomar pastillas y cuando estaban allí en Alca eran también inyecciones que le ponían?

R: Ajá. Venían también aquí... de quince días a controlar

(Ex paciente de Ayahuasi, varón, 35 años).

Nosotros le presionamos para que vengan, para que no siga contagiando y se haga cadena. Entonces identificamos al paciente y tenemos que supervisar y a veces cuando vienen con autoridades tenemos que ir a su casa para que ellos acuden al establecimiento y reciban su tratamiento sino no acuden (...)

(Personal de salud de La Esmeralda, mujer, 39 años)

No sucede lo mismo con las recomendaciones dadas por el personal de salud, sobre todo con lo referente al cuidado o cambios en sus hábitos de vida. Así, por ejemplo, en los testimonios recogidos se considera que en pocas ocasiones los afectados dejan de realizar sus actividades económicas como trabajo cotidiano, jornales comunales. Del mismo modo, muchos tampoco cambian hábitos alimenticios ni dejan de tomar bebidas alcohólicas durante el tratamiento.

La vez pasado vino y me dijo que de nuevo estaba sintiendo los síntomas después del año. Sí, eso es porque por falta de alimentación porque a veces se alimentan con papa nada más. No comen las vitaminas, las proteínas, las verduras, no están acostumbrados. Uno le indica pero eso no comen, y prefieren comer la papa lo que les llena la barriga (...) No cumplen (las recomendaciones), siguen chacchando su coca, siguen tomando entonces para eso nosotros tenemos que estar constantemente supervisando el tratamiento

(Personal de salud de la Esmeralda, mujer, 39 años)

A veces no podía ir y me visitaban a veces. Por esta pobreza tengo que trabajar, a veces decían que no trabaje, que voy a hacer, tengo que trabajar, soy pobre

(Ex afectado de La Esmerada, varón, 62 años)

P: Su hijo cuando estaba con el tratamiento ¿tomó cerveza?

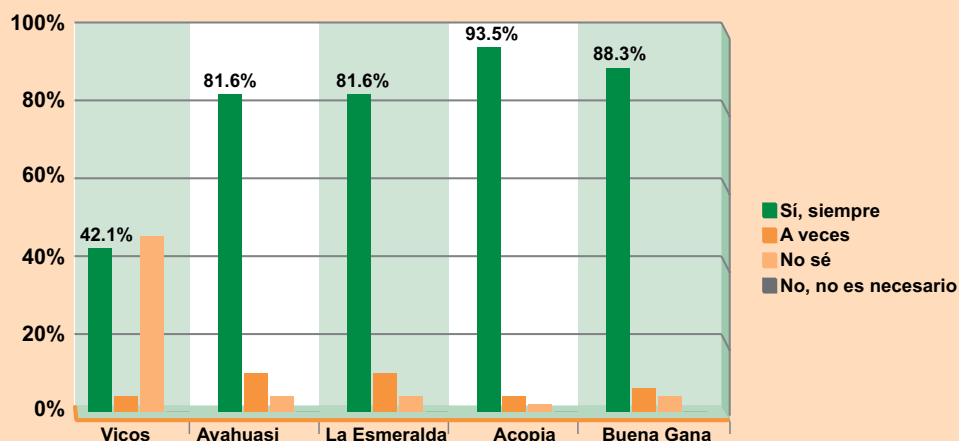
R: A veces.

(Familiar de afectado de Vicos, mujer, 55 años)

En la encuesta también indagamos sobre la conciencia que tiene la población de la importancia de seguir el tratamiento dado por el establecimiento de salud. Se percibe que abrumadoramente (a excepción de Vicos) los pobladores piensan que los afectados deben seguir el tratamiento. Sin embargo, la pregunta puede ser un tanto engañosa ya que el encuestado quizás al identificar al encuestador con los servicios de salud responda así para quedar bien con éste, al menos cierto porcentaje de los encuestados.

GRÁFICO 13

¿ES IMPORTANTE CUMPLIR CON TODO EL TRATAMIENTO QUE EL MÉDICO (O PERSONAL DE SALUD) DEL ES INDICA? ES DECIR, ¿TOMANDO LOS MEDICAMENTOS PARA LA TB HASTA CUANDO EL MÉDICO LO INDIQUE, Y AUNQUE LA PERSONA SE SIENTA MEJOR?



3.5. Afectación de la Enfermedad (y el tratamiento) a nivel individual, familiar y social

Por lo general, los afectados deben suprimir ciertas actividades debido a que no pueden desenvolverse normalmente. Muchos deben suspender sus actividades laborales o disminuir sus tareas. Sabemos que por necesidad muchos no siguen totalmente las recomendaciones del ES de no trabajar. Usualmente esto sucede en situaciones en donde los afectados son las únicas fuentes de ingreso familiar. Sin embargo, las fuerzas no son las mismas con la enfermedad y se produce siempre un impacto significativo en el área productiva.

Creemos que mientras más años dure la enfermedad, mayor es la afectación en los niveles económicos, familiares, académicos, sociales, etc. debido a que deben reorganizarse los roles. En todos los testimonios se señala que en el ámbito económico la afectación es mayor en comparación con los otros.

P: ¿En cuánto a su economía en algo cambio después que su esposa tuvo la enfermedad?

R: Cuando se enfermó ya no hacía su negocio, hacíamos pan
(Esposo de ex afectada fallecida de La Esmeralda, 62 años)

[La enfermedad] me afectó mucho, no podía acudir a mi chacra, no podía cocinar, no podía hacer casi nada, ya que me sentía débil y sin fuerzas para poder hacer algo. Mis hermanos, mis hijos me ayudaban en lo que tenía que hacer, yo no podía.

(Ex paciente de Buena Gana, mujer, 32 años)

No ha trabajado cuando estaba curándose, (...) que le recomendaron en el puesto que cuando esté tomando el remedio no iba a trabajar.

(Familiar de afectado de Vicos, mujer, 55 años)

P: O sea con esta enfermedad... ¿le ha afectado a sus actividades económicas?

R: Sí, en mi chacrita.

P: ¿Y quién se ha hecho cargo de su chacrita, de sus animales?

R: Algunos le he dejado al Partida, otros a otras personas y otros que ha trabajado mi nietito nomás.
(Paciente de Ayahuasi, varón, 69 años)

En casos de afectados jóvenes, los cuales se encontraban realizando estudios o trabajando en otros lugares, ven la necesidad de volver a los ambientes familiares o amicales y posponer los estudios o actividades laborales con la finalidad de curarse con gente que los pueda cuidar y apoyar.

Cuatro años así he estado, por eso también he dejado de estudiar, 96 era, desde esa fecha ya no he estudiado, primaria he acabado a los 18 años, de ahí seguido dos años más, me fui a la selva, de ahí iba a volver a estudiar, de ahí ya me estaba atacando, ya lo he dejado

(Afectado de La Esmeralda, varón, 33 años)

En el plano individual (del afectado) también hemos recogido testimonios en los cuales aseguran que perseverar con el tratamiento es difícil dado a los malestares que produce en el organismo. Por el malestar, algunos pacientes alteran la frecuencia de ingestión de los medicamentos (al menos parcialmente). En algunos casos son los familiares los que animan a los pacientes a continuar el tratamiento; en otros casos, los mismos pacientes consideran que es oportuno continuar pese a las molestias. Creemos que estos abandonos parciales de tratamiento también se deben a la ausencia de conocimiento de las consecuencias que pueden acarrear; por ello consideramos que los pacientes deberían tener una orientación más adecuada del establecimiento de salud con respecto a este tema.

Pero mi estómago quedó delicado, al inicio del tratamiento, vomitaba (devolvía la comida). Ahora ya no tomo leche para evitar problemas con mi estómago. También he visto que muchos se negrearon, se me hincharon tras tomar pastillas, igual me pasó a mí porque se a veces se me hinchan los pies; también tengo dolencias en el hígado, riñón, por eso no puedo caminar mucho ya que me agito rápidamente.

(Persona curada de Acopia, varón, 59 años)

P: Le decían toma la pastilla, ¿y él las tomaba o había cierta resistencia?

R: Había resistencia, él lo ocultaba, buscaba su pastilla y le decía "toma cojudo", llegaba y le preguntaba, dónde está tu pastilla y me decía "no, estoy tomando", a ver vamos a ver y como sabía donde las guardaba veía y estaba como maíz no?, la escondía. Lo que pasa es que parece que les harta, le hacen vinagrar el estomago

(Familiar de persona curada de Acopia, varón)

Duró seis meses. Me sentí muy mal durante el primer mes. Mucho malestar. A partir del tercer o cuarto mes me empecé a sentir bien pero igual cuando iba y les decía a las enfermeras. Me decían que debía seguir hasta el final y tuve que hacerlo nomás.

(Ex paciente de La Esmeralda, varón, 24 años)

P: Y dicen que cuando le daban las pastillas no tomaban (los pacientes). Lo botaban dicen.

R: A veces se cansan. U otros ya se aburren de la pastilla también. Hasta de la comida.

(Ex afectado de La Esmeralda, varón, 62 años)

Ha pasado eso en Arequipa yo he visto, cuando estaba haciendo el internado, lo tenía acá en la boca, no lo pasaba. Después ya. Sí, después salía y lo botaba. No estaba curándose.

(Autoridad de Ayahuasi, varón, 30 años)

Desde el punto de vista emocional, según algunos testimonios recogidos, los pacientes sufren una alteración en su estado de ánimo. En algunos casos se autoexcluyen socialmente y dentro del ámbito familiar no solo por los malestares que sienten o el desánimo que les produce la enfermedad sino también por el temor de ser rechazados.

Al principio de la enfermedad estaba triste, me quedaba en mi casa, no podía ni salir, ni estar con mis amigos.

(Ex afectado de La Esmeralda, varón, 24 años)

De un momento a otro mi cuello me comenzó a doler y no me dejaba comer. Me daba vergüenza comer delante de mi familia porque la tos no me dejaba, sólo cuando todos se iban de mi casa empezaba a comer. En esa semana ya ni pensaba en vivir, yo me veía mal.

(Ex paciente de Buena Gana, mujer, 45 años)

Parece que antes era más alegre. Ahora parece que se preocupa mucho y se pone triste

(Familiar de afectado de Acopia, mujer)

...los jóvenes, han venido en una situación deprimente, bien deprimidos, incluso en el caso de (...) que ya no tenía muchas ganas de vivir, al inicio no quería hablar con nadie, no contestaba nada, tú le preguntabas algo y nada, incluso no podía caminar, su papá era el que lo traía, entonces él de repente ha sido el caso más fuerte (...) Edwin [otro caso] presento un poco de depresión, de alejamiento, un poco de rechazo incluso a nosotros, que ya no quería recibir tratamiento en algún momento, no quería venir acá, teníamos que ir a buscarlo (...) porque el tratamiento no es como el tratamiento de una semana sino de meses, para ellos es también molesto, el recibir tantos meses tratamiento, en el caso de los hermanitos dejaron de trabajar, no tenían con qué mantenerse prácticamente, ese también fue un factor que influyó en la depresión de ellos.

(Personal de salud de Acopia, mujer, 26 años)

Al principio de la enfermedad estaba triste, me quedaba en mi casa, no podía ni salir, ni estar con mis amigos.

(Ex afectado de La Esmeralda, varón, 24 años)

En el nivel familiar, la afectación, en la mayoría de los casos, también está vinculada con los asuntos económicos, debido a que al no poder trabajar, el afectado restringe económicamente a la familia sobre todo si este es una fuente mayor de ingresos o si la familia depende económicamente de él. Esto influye en las relaciones entre miembros sobre todo en casos en que los familiares modifican completamente sus actividades, ya sea adoptando nuevos roles económicos o modificando los anteriores, ya sea dedicándose al cuidado y acompañamiento de los afectados. En otros casos, el tipo de carácter cambia, los miembros de la familia se vuelven más preocupados, renegones o tristes:

Si, hasta para cocinarme no podía y hasta con mi esposo no conversábamos por que no podía ni hablar y estábamos como molestos y dormíamos también calladitos y ellos no mas comían cuando les servía.

(Ex paciente de Buena Gana, mujer, 45 años)

Se ha perjudicado, mi esposo ha estado bien preocupado de trabajar, porque su trabajo es el único sustento diario.

(Ex paciente de Buena Gana, varón, 58 años)

P: ¿Qué hacen las personas o las familias cuando uno de sus miembros se enferman de tuberculosis?

R: Bueno, una persona cuando está enferma, se preocupa no, anda preocupado, la familia también se preocupa, no tienen ni las ganas de trabajar

(Autoridad comunal de Acopia, varón, 50 años)

Los afectados tienen temor a que el tratamiento no funcione y dejar abandonados a sus miembros. Los ex afectados también temen volver a recaer y perjudicar nuevamente a sus familiares. En este último caso, el temor a recaer produce que asocien algunos síntomas directamente con la tuberculosis.

P: Y usted cuando estaba enfermo, ¿pensaba en morirse?

R: Sí. Ya no me he dado cuenta nada, nada. Por un poquitito me he salvado

P: Y si pensaba morirse ¿qué pensaba de su nietito?

R: Me preocupaba de mi nietito nomás. Tenía preocupación.

(Paciente de Ayahuasi, varón, 69 años).

Cuando tose parece que se preocupa, le duele el corazón, el pecho, y el estómago. Se preocupa de que le pudieran contagiar a sus hijitos, porque son pequeños y piensa que ellos en cualquier momento se pueden morir y de repente puedan quedar tristes.

(Familiar de afectado de Acopia, mujer)

P: ¿Sólo realizabas la precaución al ingerir tus alimentos?

R: No, también lo realizaba al dormir, dormía sola y mis tres hijos en otra cama... Estuve postrada y solo pensaba que me moriría y a quién dejaría para que cuiden a mis hijos.

(Ex paciente de Buena Gana, mujer, 32 años)

En algunos casos se habla de una afectación física a largo plazo ya tiempo después de la curación, la misma que puede tener un impacto económico también a largo plazo

Sí, porque en ese entonces no podía trabajar y ahora tampoco lo puedo hacer, solamente puedo hacer esfuerzos leves (...) Antes practicaba deportes, la gente de aquí me conoce por eso, pero ahora ya no lo puedo hacer.

(Persona curada de Acopia, varón, 59 años)

P: En cuestión de dinero, ¿Esta enfermedad te ha perjudicado de alguna manera? ¿Cómo?

R: Yo estoy en el seguro, pero pese a que he tenido pérdidas económicas, mis ingresos se han reducido en una cuarta parte porque ya no trabajo como antes, hago algunos cachuelos pero nada más, antes tenía ahorros pero ahora no (...) Porque yo soy el único que ha gastado desde que me enfermé ya que mi familia no tiene modo de apoyarme.

(Afectado de Acopia, varón, 23 años)

Por otro lado, algunos también han modificado su ritmo de vida, alterando algunos hábitos sociales o vicios.

P: ¿Algo cambió a partir de la fecha que tuvo esa enfermedad

R: Sí, señorita. De repente también más antes yo me portaría mal. Porque tomando mi trago, borracho... Ahora cuando ya me tomo, ya no me como así. Más responsable.

(Ex afectado de La Esmeralda, varón, 50 años)

P: ¿Ha cambiado en algo su vida? ¿O ha cambiado su parecer con este tiempo que pasó?

R: Sí, señorita. Yo también más antes tomaba. Tomaba. Y dormía en fríos. Ahora no. Me cuido bastante. He cambiado, he cambiado bastante

(Ex afectado de La Esmeralda, varón, 62 años)

3.6. Percepción acerca del Trabajo en TB de los Establecimientos de Salud

Los establecimientos de salud, por lo general, se encuentran ubicados en las mismas comunidades de estudio (centros poblados) a excepción de Ayahuasi en donde el ES se encuentra aproximadamente a una hora del centro de la comunidad. Algunas comunidades también son bastante dispersas por lo que algunos hogares se pueden ubicar relativamente lejos del establecimiento de salud.

En la encuesta encontramos un promedio de distancia temporal al establecimiento de 27 minutos para las cinco comunidades. Cuando analizamos comunidad por comunidad encontramos que Ayahuasi se encuentra mucho más lejana al establecimiento de salud que las demás comunidades, teniendo los encuestados un promedio de distancia temporal al establecimiento de 1 hora 29 minutos. Las demás comunidades tienen los siguientes promedios de distancia al establecimiento: Vicos (17 minutos), Cusco (11 minutos), Huancavelica (10 minutos), Ayacucho (9 minutos).

Respecto a la percepción de la labor de los establecimientos, tenemos como constante los testimonios en los que se considera que hay deficiencias en el tiempo de atención. En los casos de los afectados de TB específicamente, también se menciona constantemente la demora en la entrega de los resultados de los exámenes, lo cual influye en el inicio del tratamiento. Del mismo modo, hemos encontrado incomodidades de la población con respecto al respeto de los horarios de atención por parte del personal de los ES.

Los últimos días la he llevado a la posta de salud, cuando estaba mal ella ya no quisieron atender, "aguanta" le decían, ese mismo día ha fallecido mi esposa
(Esposo de ex afectada fallecida de La Esmeralda, 55 años)

Las enfermeras llevan su saliva para analizar allá. Sin embargo, las muestras que llevan de acá a la posta no dicen nada, si está empeorando o...no dicen nada.
(Familiar de afectado de Acopia, mujer)
Fallan a veces, no sé cómo será ahora el horario de atención; atienden mínimo nomás ya, atienden ahora hasta las dos de la tarde de ocho de la mañana hasta las dos.
(Promotor de Buena Gana, varón 25 años)

El caso de Ayahuasi merece una mención especial pues se encuentra a una hora y media del establecimiento de salud más cercano¹³. El costo físico y económico que implica el transporte obliga a que la asistencia al ES sea poco frecuente. Sin embargo, más allá de la demora que implica la distancia, los pobladores se quejan mucho también de la demora en la atención y en la entrega de los resultados de los diagnósticos en general.

A veces no te avisan rápido lo que tienes
(Ex paciente de Ayahuasi, mujer)

P: Cuando se enferman, ¿se curan entre ustedes o van inmediatamente a la posta?

R: Depende, algunos cuando están demasiado grave se les tiene que llevar a la posta; si es simple entre nosotros nos curamos.

P: ¿Cuando están con la tos, algunos van a la posta?

R: Sí, algunos van a la posta cuando están graves

(Autoridad de Ayahuasi, varón, 49 años)

También hemos recogido algunos testimonios en los cuales la población se queja de la distancia lingüística entre proveedores de salud y pobladores. Se subraya que algunos proveedores no hablan el quechua lo que les dificulta grandemente la posibilidad de comunicación con la población. Incluso hemos recogido testimonios que indican que ciertos proveedores pese a saber quechua no lo utilizan, interpretándose estas situaciones por la población como un signo de menosprecio.

Les da miedo, vergüenza. Pero nunca te hablan en quechua. En quechua les dices: "(QUECHUA)", "Cuántos días". El señor me pregunta en castellano, les respondo igual castellano.
(Grupo focal de con varones de Acopia)

El límite del idioma también lo recogimos de un personal de salud de Buena Gana.

Para mí que no hablo quechua [es un problema]. Y hay muchas personas, más que todo mujeres que no me entienden lo que les digo. Entonces, quizá yo les doy una consejería diciéndole todo el paquete, entonces me entenderá el 20%. Para mí es un problema. Pero para el personal de años no porque sí son quechua hablantes.
(Personal de salud de Buena Gana, mujer, 26 años)

Con respecto al trato, encontramos posiciones distintas. Algunos pobladores consideran que son discriminados o no son atendidos de la manera adecuada por la demora o indiferencia, porque no les explican bien el tratamiento de TB o porque en pocas ocasiones el personal ya no quiere continuar atendidos pese a ser pacientes de TB.

¹³. Centro de Salud Alca.

R: En la posta dice: "Nosotros ya no podemos. Anda tú cúrate tú solita", me han dicho. Por eso ya no voy

P: ¿Ha ido?

R: No, ya no. A la posta "nosotros ya no podemos". Así me han dicho y ya no voy.

P: ¿Así le han dicho porque ha ido? ¿Cuándo ha sido la última vez?

R: Noviembre. Fines de octubre. Y me han dicho: "Nosotros ya no podemos ya".

P: Y le han dicho "ya no vuelvas"

R: Me han dicho "ya no podemos, y solita cúrate", ha dicho (...) Por eso me voy a Caraz.
(Afectado de Vicos, mujer, 48 años)

Quando llegué a Acopía a causa de mi enfermedad, el enfermero que me atendió fue bien prepotente, no me quiso atender.

(Afectado de Acopía, varón, 59 años)

Sin embargo, otros pobladores consideran que sí son atendidos de manera oportuna y el personal trata de comunicarles de la mejor manera el tratamiento. En algunos casos, les atribuyen eficiencia dado que son perseverantes en convencerlos de continuar con el tratamiento a través del seguimiento constante.

P: ¿Cómo trata el personal de salud en general cuando reciben estos casos?

R: Como te digo, anteriormente le trataban mal pero ahora creo ha mejorado un poco.

P: ¿Con respecto al tema de la TBC como les trata el personal?

R: Bueno sí, normal porque no hay discriminación
(Profesor de la Esmeralda, varón, 43 años)

P: ¿Y el establecimiento de salud hacia su seguimiento? ¿Venía a su casa a visitarlo, a recordarle las indicaciones?, ¿hacia un seguimiento a Ud.?

R: A la semana una vez, al mes dos veces. Alimentos me daban, soja me daban
(Afectado de La Esmeralda, varón, 33 años)

Bueno, ya aquí, sufrí bastante en la posta porque no tenía seguro. No confiaba en la posta, era desconfiado porque no confiaba en la persona que me atendía. Pero la señora Gladis supo llegar a mí y me hizo comprender.

(Afectado de Acopía, varón, 23 años)

Por último, otra de las deficiencias que los entrevistados mencionan frecuentemente con respecto a los establecimientos de salud es la escasez de doctores residentes. Incluso a esta ausencia le atribuyen la demora en la entrega de resultados de pruebas de diagnóstico.

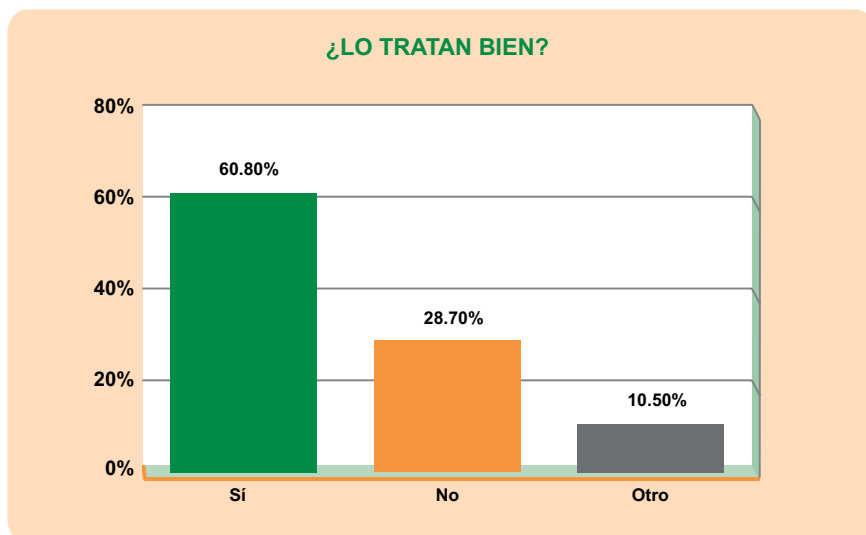
P: ¿Hace cuanto tiempo ustedes no tienen médico en la posta?

R: Siempre no ha habido, desde el principio. Por ejemplo, cuando una persona conoce esa enfermedad, nos preocupamos, entonces llevamos nuestro esputo, de repente ya no regresa nuestro resultado. No nos dice que está negativo, positivo, nada. De esa parte no hay una preocupación de la posta, tampoco de las autoridades

(Familiar de persona fallecida de Acopía, varón, 45 años)

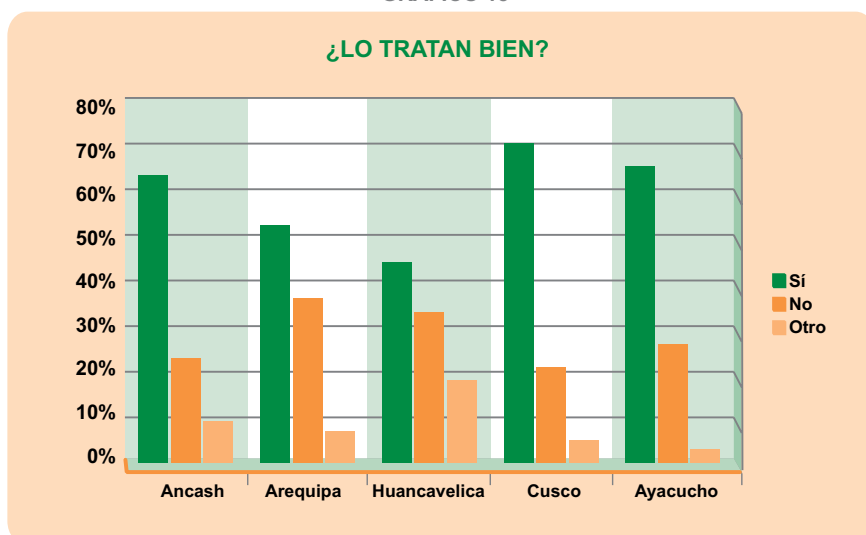
Luego de la aplicación de los instrumentos cualitativos se tuvo la impresión general que la opinión de los servicios de salud era mayoritariamente negativa aunque también existía una buena proporción de gente que los veía positivamente. En las encuestas, sin embargo, hemos obtenido resultados más positivos respecto a la labor de los establecimientos de salud. Ante la pregunta "¿Lo tratan bien en el establecimiento de salud?" alrededor del 60% respondió que sí y poco menos del 30% respondió que no.

GRÁFICO 14



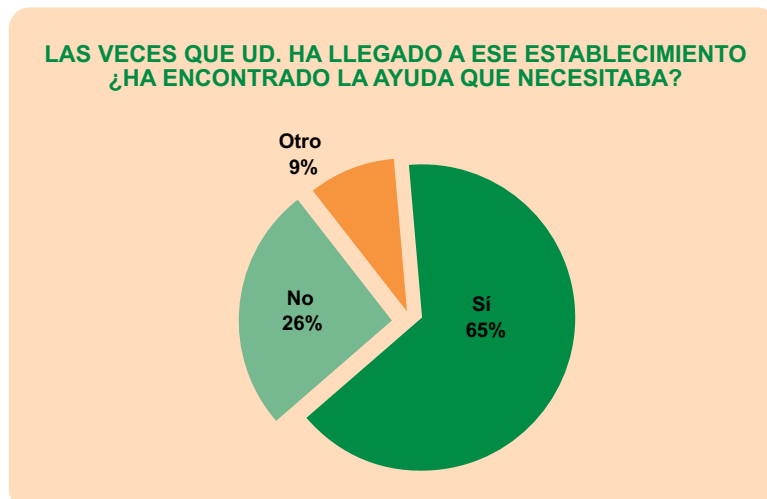
Asimismo, cuando revisamos esta pregunta por comunidad de estudio encontramos que en todas las zonas prevalece la opinión positiva sobre la negativa pero en Arequipa y Huancavelica se aprecia una opinión negativa importante.

GRÁFICO 15



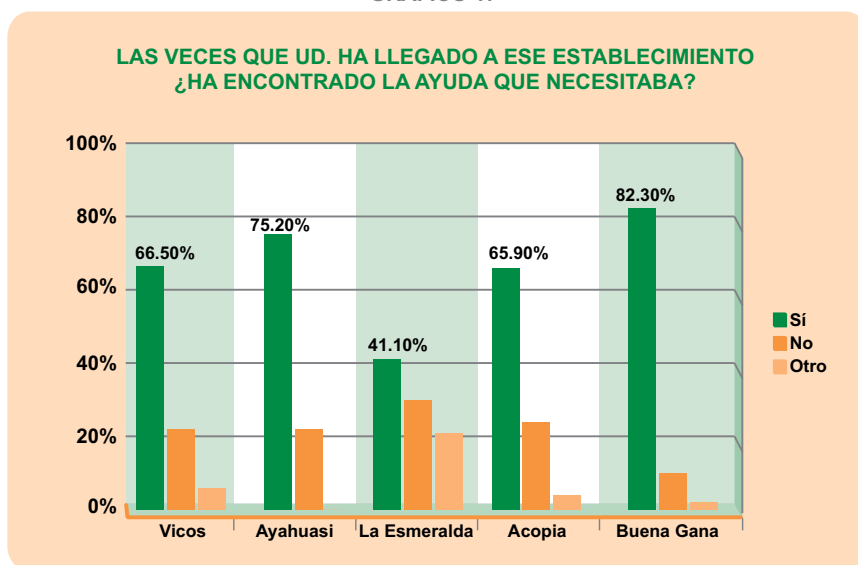
Del mismo modo ante la pregunta “Las veces que Ud. ha llegado a ese establecimiento ¿ha encontrado la ayuda que necesitaba?” las respuestas generalmente fueron “Sí”.

GRÁFICO 16



Podemos apreciar en el gráfico siguiente que esta tendencia se mantiene en todas las comunidades estudiadas:

GRÁFICO 17



Las diferencias entre los resultados cuantitativos y cualitativos la encontramos en la diferente relación que se establece con los informantes en estos dos tipos de técnicas. Consideramos que los informantes al identificar a los investigadores o encuestadores con los servicios de salud podrían tener temor de hacer una crítica abierta a la labor de éstos. Creemos que esta identificación se da más claramente con los encuestadores que con los investigadores que hacen las entrevistas o grupos focales porque a éstos últimos se les llega a conocer mejor o a tener una mayor confianza. En el caso de los grupos focales incluso las personas que se conocen (o que se identifican entre sí como miembros de un grupo) se refuerzan mutuamente en sus convicciones perdiendo los temores iniciales.

Con respecto a las Campañas de información y prevención de los establecimientos de salud, hemos encontrado posiciones distintas tanto de la población como del personal de salud. En la mayoría de los casos, el personal de salud de las comunidades de estudio afirma que se han realizado campañas de información o prevención.

P: ¿El establecimiento de salud realiza campañas sobre la TB u otras enfermedades?

R: Nos hemos reunido por el día mundial de lucha contra el SIDA el 1ero de diciembre, también para otras cosas como día mundial de la mujer, del niño, de la neumonía.

(Personal de salud de Vicos, mujer, 27 años)

Ahorita, aquí hay un responsable del programa, del PCT, y el responsable está encargado de hacer las estrategias para tratar de prevenir esta enfermedad, eso es lo importante y esto lo están haciendo mediante charlas educativas en los colegios que se estaban dando anteriormente, y a las comunidades cada atención integral que se está haciendo se están dando las charlas de la importancia del esputo y de esas cosas

(Personal de salud La Esmeralda, varón, 34 años)

Como le digo, aprovechamos cada vez que viene atención integral, que es una vez al mes, pero la capacitación no es directamente sólo de tuberculosis, este mes podemos hacer TBC, el siguiente mes hacemos de otra cosa para abarcar distintos grupos, y la mayoría que viene son mamás con sus niñitos, abarcamos el área de TBC, el año pasado justo con ARARIWUA y con el municipio, hay un programa para lo que es el adulto mayor, para los abuelitos, se hizo incluso para con lo que era discapacitados, se hizo un despistaje de cataratas, ceguera, entonces se les trata de hablar en quechua, aquí las mamás como ya entienden castellano, se les habla en castellano y se les habla en quechua también, pero generalmente es una vez al mes que se hace esas capacitaciones

(Personal de salud de Acopia, mujer, 26 años)

Nosotros lo hacemos mensualmente acá, exclusivamente tuberculosis. De repente no lo hacemos todos los meses pero las personas que captamos, los sintomático respiratorios que captamos semanalmente, a ellos se les da una orientación acá en el establecimiento porque son personas que vienen por otros problemas: ¡Ay, estoy con dolor de barriga!, ¡me duele la garganta! Ya hace cuánto tiempo tosen, ya dos semanas, y se le toman la muestra y se le dice por qué le estoy tomando la muestra, les digo para hacerles un examen para ver si sus pulmones están bien, para descartar que tenga tuberculosis...

(Personal de salud de Ayahuasi, mujer, 26 años)

Sin embargo, generalmente la población nunca ha escuchado ninguna campaña o charla sobre TB salvo en La Esmeralda, Buena Gana y Vicos donde algunas personas afirmaron haber participado en capacitaciones sobre esta enfermedad. No obstante, incluso en estas comunidades se trata de una minoría ya que casi todo el mundo señaló nunca haber recibido charla alguna.

P: ¿Aquí en Anco hay campañas de prevención, así de repente contra esta enfermedad?

R: No hay

(Esposo de ex afectada fallecida La Esmeralda, 55 años)

P: ¿No ha escuchado que el establecimiento de salud haga campañas de esa enfermedad?

R: No

P: ¿Que enseñen a la población?

R: No. solamente hacen campaña para hacer vacuna eso nomás. No así capacitaciones

(Autoridad de La Esmeralda, varón, 60 años)

P: Pero así, unas campañas masivas, de repente ha visto...

R: No, no, no

P: ...Charlas sobre la TBC

R: No se ha dado, No se da

(Profesor de La Esmeralda, varón, 43 años)

R1: Pero eso recién, hace poco nos ha explicado [el doctor nuevo sobre TB]

R2: El cinco nomás recién creo comenzó a explicar el otro doctor nuevo

R3: El 24 de noviembre [nos capacitó sobre la tuberculosis]

(Grupo focal con mujeres de La Esmeralda)

P: ¿Pero cómo se ha enterado de que esa enfermedad es la tuberculosis?

R: Mediante así charlas que recibimos del centro de salud, las enfermeras han dado la charla (...) El año pasado ha sido. Ellos [centro de salud] siempre visitan a la comunidades siempre y dan la charla, dos veces he participado de charla [de tuberculosis]

(Autoridad de La Esmeralda, varón, 50 años)

P: ¿Los del centro de salud no han venido a hablar?

R: De la TB no

(Autoridad de Vicos, hombre, 45 años)

P: ¿Hacen charlas, capacitaciones?

R: Solo la posta.

P: ¿Cómo lo hacen? ¿Quién lo hace?

R: Salen pues, el 24 de marzo creo que es el día de la TB.

P: Por ese día nomás

R: Pero aparte de eso, cuando detectaron que había pacientes acá en la comunidad sí salieron sector por sector. Me recuerdo que por acá vinieron. Vicos somos 10 sectores. No sé cuántas veces al año saldrán ellos pero sí lo han hecho. No sé si seguirán esta vez pero el año pasado han hecho.

(Afectado Vicos, hombre, 25 años)

El día de la TB también nos vamos a hacer desfile, andamos toda la carretera. Todas las madres, hablamos para que la gente esté informada. Hacíamos como un mitin.

(Promotor de salud de Vicos, mujer, 40 años)

P: ¿Esa enfermedad puede ser de aquí mismo o es de otro lugar? ¿O de qué se da?

R: No sabemos de qué se da sino que solo en la charla nos ha dicho que se da de débil, falta de alimento se da o de otra persona que viene con esta enfermedad nos puede contagiar tosiendo o cuando hablan, así nos ha dicho en la charla y con eso sabemos que es contagioso.

(Grupo focal de mujeres de Buena Gana)

La posta de salud...yo sé que hay campañas pero hasta el momento no he podido observar que el centro de salud vaya a las asambleas comunales, vaya a las reuniones, que les inculque como deben cuidarse,... No, no. Nos faltan charlas de orientación

(Autoridad de Ayahuasi, varón, 38 años)

Más bien, hemos encontrado algunas referencias de capacitaciones a la población en otros problemas de salud o enfermedades como salud reproductiva, el VIH, la fiebre amarilla, la malaria, temas respiratorios en madres gestantes:

...lo que son las enfermedades de acá de la zona ¿no?: la malaria, leishmaniasis.

Más que todas las campañas que estamos haciendo es malaria, pura malaria.

(Personal de salud de Buena Gana, mujer, 26 años)

P: ¿Hacen campañas de salud ellos o no hace?

R: Sí

P: ¿De qué temas has oído hablar?

R: Fiebre amarilla

P: ¿Del centro de salud no vienen al colegio o sí?

R: A veces

P: ¿Cuándo han ido de qué han hablado?

R2: Hablan de lavarse las manos antes de comer, después de ir al baño

R3: Sobre el virus del VIH, el SIDA, y sobre la gripe AHN1

(Grupo focal Vicos, estudiantes)

3.7. Forma deseada de difusión de la información y medios masivos existentes y preferidos

Con respecto a la información en temas de salud, en los testimonios recogidos, la mayoría de la población considera importante contar con la información referente a la tuberculosis como síntomas, formas de contagio, prevención, tratamiento, avance del tratamiento, reacciones frente al medicamento, consecuencias del mismo, nutrición, etc. Sin embargo, la percepción de la mayoría de los pobladores es que no se cuenta con ella tanto porque o no acuden al establecimiento de salud, o si acuden hay pocas charlas o campañas o porque el personal de este no es apto para proporcionársela o porque no hay personal. Por ello, consideran necesarias las charlas y capacitaciones no solo a la población sino incluso al propio personal de salud.

P: ¿Tiene alguna sugerencia para poder combatir o prevenir esta enfermedad?

R: Lo que son las charlas pe. Charlas continuas. Sobre la TBC pe. Sobre la TBC.

(Profesor de La Esmeralda, varón, 43 años)

Yo diría que tal vez haya a través del ministerio un poco más de personal en ese programa en ese tema de TBC, que se sensibilice primero. Yo pienso que a través de la sensibilización capacitar al mismo ser, para mí es lo más fundamental que darle dinero, que darle pastilla, porque le das un rato y se olvide. Porque yo quisiera que esto nazca desde inicial, primaria, secundaria, te ha llegado tal vez incrementar un programa curricular a nivel de sierra donde hay más TBC, que se incremente una hora, dos horas más a la semana de educación a la salud como hay a la sexualidad. Eso debe cambiar la forma de tratar de salud, qué hace el Ministerio de Salud.

(Autoridad de Acopia, varón)

Deben de realizarse campañas, deben de haber especialistas en la posta y sobretodo contar con un doctor.

(Persona curada de Acopia, varón, 59 años)

Deberíamos darle más importancia ¿no?, en cuanto lo que es la charla, la información, la comunicación, informar a la población constantemente pero para eso requeriríamos mayor presupuesto para lo que es constantes visitas a los anexos y material de difusión.

(Personal de salud Ayahuasi, mujer, 42 años)

Acá no tenemos muchas medicinas, tampoco cuentan con profesionales. Por ejemplo, en Huaraz hay diferentes tipos de doctores, aquí no. Solamente hay una doctora de medicina y todo ve, es una comunidad muy grande y deberíamos tener dos o tres doctores profesionales, en diferentes campos ¿no?

(Grupo focal de Vicos, autoridades)

Algunos pobladores que son conscientes que deberían mejorar sus hábitos alimenticios para evitar correr riesgos de contagio o desarrollo de la enfermedad, piden que se les capacite a los padres con respecto a la alimentación de sus familias.

Acá nos falta escuela de padres, no hay acá, sobre el alimento balanceado, el niño como está alimentado no atiende la clase

(Grupo focal con varones de Vicos)

Para mi es sensibilizar y programas de alimentación, sobre todo el factor nutricional. Por ejemplo, ellos no conocen, sensibilizar y combatir a la población, eso sería

(Autoridad de Acopia, varón)

Por otro lado, tenemos que los pobladores sugieren como espacios de difusión de la información, el aprovechamiento de los espacios reales existentes de reunión o de organización de la población. Principalmente, se refieren a las asambleas comunales donde acude la mayoría de la población y se pueden tomar decisiones colectivas dado que, por lo general, cuentan con la participación de los jefes de familias considerados como los responsables de tomar acuerdos comunales; también se refieren a los colegios, los comedores populares o las asociaciones productivas. Creemos que esto evidencia que en las zonas de estudio están más interesados en reforzar sus organizaciones comunales e incentivar a través de allí la participación de la misma población.

La comunicación puede ser dando charlas, capacitaciones en sus mismos centros, en mismos colegios, escuelas, también así en las comunidades, en las reuniones, en los comedores donde la mamitas siempre se reúnen, allí necesitaríamos que siempre vengan.

(Autoridad de La Esmeralda, varón, 50 años)

No. Último, por ejemplo, la posta de salud...yo sé que hay campañas pero hasta el momento no he podido observar que el centro de salud vaya a las asambleas comunales, vaya a las reuniones, que les inculque como deben cuidarse,... No, no. Nos faltan charlas de orientación. Solo eso

(Autoridad de Acopía, varón, 38 años)

Del mismo modo, también se señalan otros medios de difusión como la radio y la TV. Con respecto a la radio, dado a que es el medio masivo existente, los pobladores consideran que sería oportuno que las campañas o charlas de información se den allí mediante la difusión de microprogramas en las emisoras radiales locales, señalando horas específicas de difusión (En la mañana de 4:00 AM a 7:00 AM y en la tarde de 5:00 PM a 8:00 PM) ya que son en esas horas donde la mayoría de la población utiliza ese medio para informarse. A su vez los comuneros exigen que estos microprogramas se den en el idioma materno de ellos, es decir en el quechua.

Con respecto a otros medios, se señalaron los medios audiovisuales tales como proyectar DVD o películas sobre las enfermedades, por ser más sencillo entender o captar la información a través de la recepción de imágenes. Por último, se sugiere el uso de los parlantes de los municipios.

P: ¿Crees que sería conveniente que se les de orientaciones en la radio entonces?

R: Claro, porque, ellos adonde sea andan con su radiecito, están escuchando sus radiecitos, entonces uno de los medios sería la radio, mejorar la comunicaciones en las comunidades, de repente aprovechar sus reuniones comunitarios y hacerles una capacitación a esa población, pero como le digo, a veces la población no le toma mucha importancia, son muy pocos los que se van a quedar y te van a escuchar y te pueden preguntar algo, van a preferir a sus chacras, mi oveja

(Personal de salud de Acopía, mujer, 26 años)

Los medios que pueden ser [más eficaces pueden ser], de repente, un video. No contamos con ello actualmente, ni con televisor ni con el material necesario. Lo único que hacemos es mediante las orientaciones de consejería y charlas mediante un rota folio.

(Personal de salud de Acopía, mujer, 45 años)

P: ¿Qué medio de comunicación es el más adecuado para poder difundir la información sobre esta enfermedad?

R: Radio ¿no? Hay una radio aquí arriba. Se llama radio Andabamba. Radio Municipal de Andabamba. Todas las mañanas escucha toda la comunidad del pueblo.

P: ¿Cuál sería mejor: hablar en quechua o en castellano?

R: Los dos. Porque hacer charlas acá cuando convocan no asiste la mayoría, 30% de la comunidad. Pero la radio sí están escuchando en las mañanas, en las tardes.

P: ¿En qué horario Usted sugeriría?

R: En las tardes, en la mañana y en las tardes. De 6 a 7 de la noche.

P: ¿Qué programa es el que más se escucha? De repente noticiero, de repente su música

R: Música de la altura

(Profesor de La Esmeralda, varón, 43 años)

Bueno, la manera, lo que yo veo la vía de comunicación más efectiva sería el parlante, el parlante que hay en el municipio de repente mejorarlo, y que la charla sea más constante, quiero hablar de este tema, no sólo en el parlante, también hubo una radio que nos estuvo ayudando un tiempo, se podía hacer capacitaciones, pero es una vez cada cinco o seis meses, no es muy frecuente, de repente mejorar el uso de los parlantes

(Personal de salud de Acopía, mujer, 26 años)

Con respecto a las charlas o campañas, la mayoría de la población que afirma haber asistido a una considera que éstas deberían ser más amenas, didácticas, para lograr captar el interés de la población, evitar el aburrimiento y hacer que la recepción del mensaje pueda ser eficiente. Del mismo modo, se considera muy importante que estas charlas sean dadas en el idioma quechua dado que facilita el entendimiento de la población en general pero sobre todo de las personas más antiguas de la comunidad. Es necesario resaltar que el mismo personal de salud tiene esas mismas ideas e incluso considera que la información debe ser dada en el idioma materno de la comunidad.

Charlas la población no percibe bien, podría ser mediante...teatros

(Personal de salud de La Esmeralda, mujer, 39 años)

P: ¿Qué medio de comunicación puede ser el más adecuado para difundir o informar a la comunidad sobre esta enfermedad?

R: Ahí la sugerencia sería el medio hablado y escrito, ese es el único medio creo

P: ¿En qué idioma?

R: En el idioma natal de acá, mayormente es el quechua acá

P: ¿En qué momento del día sería esta información?

R: En todo caso sería a esas primeras horas de la mañana

(Personal de salud de La Esmeralda, mujer, 39 años)

P: ¿Cuáles medios serían más adecuados para combatir la TBC?

R: Mediante charlas

P: ¿La radio?

R: Escucha casi toda la población

P: ¿En español o en quechua?

R: En quechua para que entiendan los mayores de edad, las madres

(Personal de salud de Vicos, hombre, 45 años)

R: Hay otras trabajadoras que no tiene carisma, tratan mal y hay otras que no son quechua hablantes, todas deberían aprender a hablar quechua porque están viviendo acá.

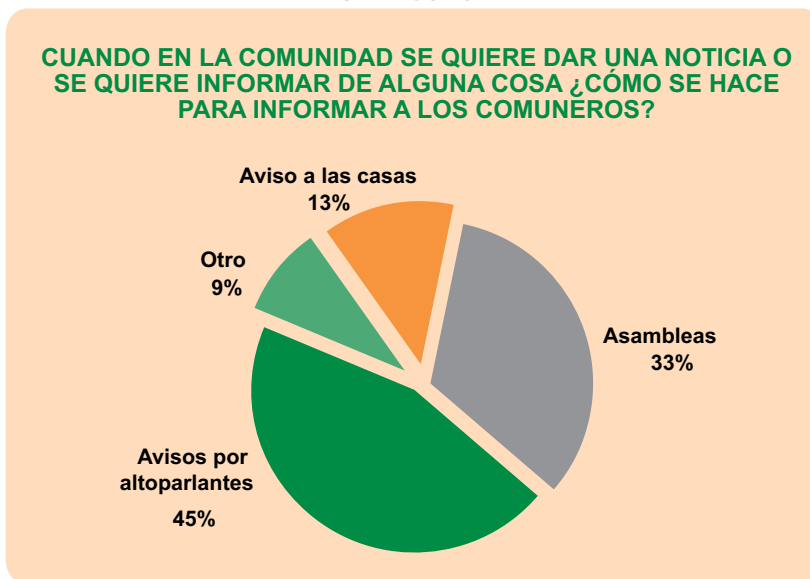
(Grupo focal de Vicos, autoridades)

Como le digo nos faltaría capacitación en lo que es la parte de TBC y también capacitación en quechua, yo creo que es ideal para que nosotros nos comuniquemos, más presupuesto para desplazarnos. Somos un establecimiento que no cuenta con muchos recursos económicos y a veces contamos con la movilidad pero no contamos con el combustible, más presupuesto para la adquisición de combustible y poder subir continuamente ¿no? Sobre todo la capacitación.

(Personal de salud de Ayahuasi, mujer, 42 años)

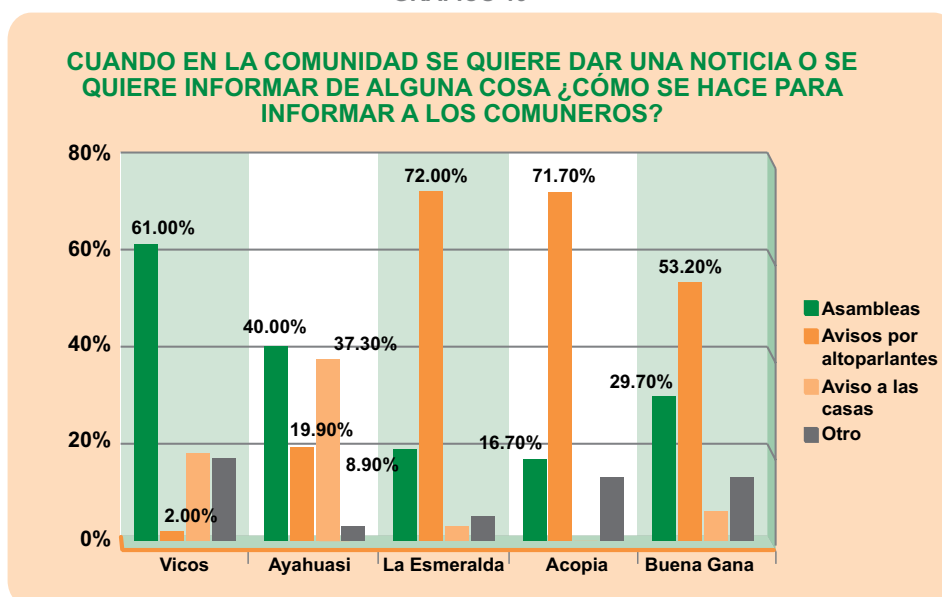
En la encuesta ante la pregunta “Cuando en la comunidad se quiere dar una noticia o se quiere informar de alguna cosa ¿Cómo se hace para informar a los comuneros?” casi la mitad de la población (45%) respondió “A través de avisos por altoparlantes”. La segunda respuesta fue “A través de las asambleas” con 33% de las respuestas.

GRÁFICO 18



Sin embargo, cuando se analiza comunidad por comunidad, encontramos algunas diferencias. Vemos, por ejemplo, que en Vicos (Ancash) y Ayahuasi (Arequipa) es predominante la opción “Asambleas comunales”. Cabe destacar que en todas las comunidades (a excepción de Ayahuasi) muy pocos señalaron el aviso a las casas dado la cercanía con los establecimientos de salud. En Ayahuasi una buena parte de la población considera esta opción debido a que no hay un puesto de salud dentro del centro poblado.

GRÁFICO 19



Por ello, es importante resaltar que algunos pobladores consideran mucho más viable llevar a cabo las charlas o difusión de la información en ámbitos locales para evitar el desgaste físico, temporal y económico al trasladarse a otro sitio.

Sería bueno que capacite gente de acá para evitar tener que bajar, como es lejitos no podemos ir
(Autoridad de Ayahuasi, varón, 31 años)

Unas charlitas pe. Aunque ya no nos podemos reunir en la plaza, tendría que venir a nuestros hogares pues
(Ex paciente de Ayahuasi, varón, 69 años)

3.8. Fortalezas y Debilidades para enfrentar el problema en las Comunidades Estudiadas

Dentro de las zonas de estudio hemos encontrado poca intervención de otras organizaciones o instituciones relacionadas al tema de salud. En algunos casos se evidencia la participación de ONGs como Cáritas, Sonrisas, Arariwa, ABC PRODEI, etc. o programas como JUNTOS, pero no necesariamente vinculados específicamente al tema de salud y menos aún al de la tuberculosis, sino a medio ambiente, actividades productivas, seguridad alimentaria, etc. Por lo general, estas intervenciones están dirigidas para grupos específicos como menores de edad, población joven, mujeres en edad de trabajar, adulto mayor, etc.

P: ¿Alguna otra organización trabaja la salud acá?

R: No, hay en sector educación o agricultura

(Personal de Salud de Vicos)

P: ¿Sabes Si hay otras organizaciones que trabajan sobre salud?

R: Está Visión Mundial pero trabaja más que todo medio ambiente, específicamente salud no creo.
(Autoridad de Vicos, varón)

ONG creo Sonrisas (...) Ellos vienen a hacer atención integral en salud, general, detección de glucosa. Así vienen (...) Traen para los niños ¿no? Recolectan así regalos y con eso gente viene: niños, grandes, viejitos, todo. Ahí hemos detectado que los niños, como 11 niños sufren de soplo del corazón.

(Familiar de afectado de Ayahuasi, varón)

Tenemos acá en Acopía otra una ONG, ABC PRODEIN, que tienen una sede en San Andrés, en el hospital del Cuzco. Tiene una clínica acá. Ahí también nos apoyan.

(Grupo Focal Mujeres de Acopia)

Bueno acá organizaciones no han entrado mucho, ONG por ejemplo no han entrado (...) la única organización que yo se que ha estado trabajando acá es Arariwa pero ellos no han estado trabajando el tema de TBC, ellos han estado trabajando más con lo que era la parte nutricional con grupos de madres y con lo que era discapacidad.

(Personal de Salud de Acopia, mujer, 45 años)

Por lo general, estas pocas organizaciones externas que se establecen en las zonas de estudio, tratan de trabajar de manera coordinada con las organizaciones existentes de acuerdo al tema de interés, como vaso de leche, productores, etc. Con respecto al tema de salud, cuando lo tocan, tratan de vincularse o trabajar coordinadamente con los establecimientos de salud de la zona, como sucede en el caso de Arariwa en Acopia donde la interacción ha conllevado a que se solicite apoyo en temas de viviendas saludables, seguridad alimentaria, actividades productivas o se creen asociaciones en base a ellos.

Todas las actividades que realizó Arariwa, lo que le dije con el grupo de madres, los discapacitados, todas las actividades que han tenido los han hecho en coordinación con nosotros [puesto de salud], siempre ha habido un convenio con nosotros, siempre han tenido vinculo con nosotros.

(Personal de Salud de Acopia)

La participación en temas de salud de parroquias católicas o congregaciones evangélicas¹⁴ es reducida, cuando se da se restringe a cierto tipo de ayuda, básicamente a la adquisición de medicamentos, aunque también tenemos el caso de una parroquia que cuenta con el apoyo de una clínica¹⁵ y otro caso de una parroquia que cuenta con un trabajador de salud contratado que labora en el puesto de salud¹⁶. Por lo general, estas parroquias trabajan conjuntamente con algunas organizaciones externas establecidas en las zonas. Respecto a la clínica mencionada atrás, debemos indicar que en algunas ocasiones capta a afectados de TB y deriva a algunos de ellos a los establecimientos de salud para su posterior tratamiento. Sin embargo, al parecer, el acceso a esta clínica está delimitado por el tipo de religión al que pertenecen las personas.

¿Pero todas las personas de Acopía tienen acceso a esa clínica? ¿No hay restricciones? ¿No hay requisitos?

-Ser católico (...) El único requisito es ser católico

(Grupo Focal de Hombres de Acopía)

La parroquia también apoya, la vez pasada ha contratado una enfermera para el centro de salud.

(Autoridad de Vicos, varón, 52 años)

Solo hay una, que es la ONG Lumen Day, de la parroquia. Aparte de ellos no.

(Autoridad de Acopía, varón)

Tenemos acá una clínica PRODEI y un médico ¿no? y entonces el médico de ahí también nos capta sintomáticos respiratorios y nos los envía, trabajamos coordinadamente

(Personal de salud de Acopía, mujer)

A nivel comunitario, con respecto al tema de salud, percibimos que existen en algunas zonas agentes comunitarios o promotores de salud o sino también organizaciones comunales que tienen en su estructura espacios para el trabajo en salud como sucede en Vicos con los miembros de comités de salud y/o agentes de derechos humanos. La existencia y funcionamiento de estos dentro de las zonas de estudio dependen del grado de organización que tenga cada comunidad. Así, tenemos que en Vicos, Buena Gana y Acopía, los promotores de salud tiene una labor bastante activa, por ejemplo, captan o identifican a los enfermos y trabajan coordinadamente con el ES las campañas de promoción y prevención. En Vicos además, como dijimos, existen los comités de salud y derechos humanos. El primero vela por el tema de salud a nivel general y está elaborando actualmente un Plan de Salud; el segundo, maneja un fondo comunal para posibles traslados u hospitalizaciones en establecimientos de mayor nivel.

R: Nosotros captamos a la gente enferma, niños enfermos, a las madres gestantes...

P: ¿(...) Comité de Salud qué hacen?

R: Ellos coordinan con la comunidad, también con el agente comunitario, con el Puesto de Salud de Vicos, coordinadamente trabajan ellos.

P: ¿Y en caso de Derechos Humanos qué hacen?

R: Ellos también lo que enferman los comuneros donde nosotros traen los documentos. Nosotros derivamos a la Directiva para que le den apoyo para que se curen.

(Agente comunitario de Vicos, varón, 56 años)

Bueno, hasta el año pasado hemos estado... cada comunidad tiene su promotor ¿no? y han asistido a las capacitaciones pero a partir de diciembre para las capacitaciones que hemos citado no han asistido los promotores y actualmente tampoco no están disponiendo de tiempo

(Personal de salud de Acopía, mujer, 45 años)

En algunas zonas, las asambleas desempeñan un papel importante dado que es considerado, por la mayoría de la población, como un espacio en el cual se pueden debatir temas que involucren al interés comunal; sin embargo, pese a la importancia que consideran deben tener éstas, no en todos los casos tienen un rol tan preponderante, pues como se mencionó antes, depende del grado de organización local.

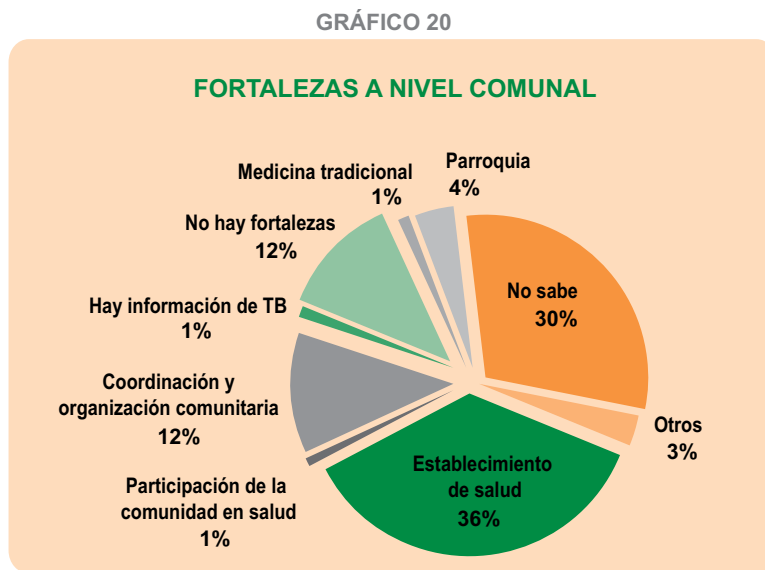
¹⁴ Independientemente de que los pastores evangélicos sean reales proveedores de salud populares al tratar de curar todo tipo de enfermedades mediante las oraciones y la imposición de manos.

¹⁵ Nos referimos a la Clínica ABC PRODEIN de Acopía. Específicamente con el apoyo de la clínica, la parroquia ayuda a los comuneros que consideran más necesitados. Es necesario mencionar que dicha clínica no solo atiende a la población local, sino también recibe pacientes y alberga a otros que no son de la zona, lo cual puede producir incomodidad en la población.

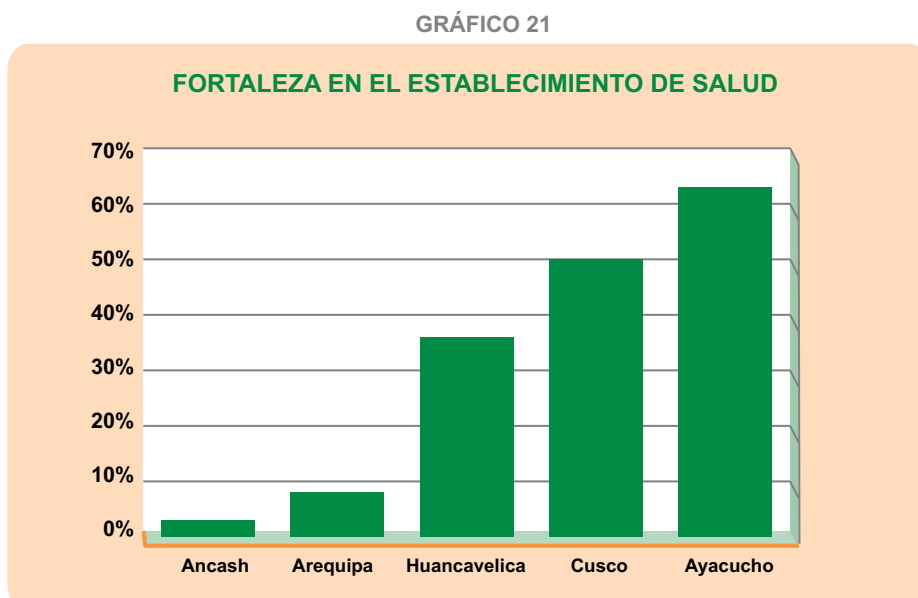
¹⁶ El caso de la comunidad de Vicos.

Cuando se pregunta abiertamente por las fortalezas a nivel comunitario a través de la pregunta: “¿Qué cosas a favor existen en la Comunidad para enfrentar el problema?”, alrededor de 20% de los encuestados no contestó nada. Entre los que contestaron encontramos respuestas obviamente muy variadas, que reorganizamos en categorías más amplias obteniendo que un 36% son respuestas relacionadas al establecimiento de salud y sus características (personal, infraestructura, medicinas, equipamiento, trabajo) y tan sólo un 12% son relativas a la organización comunal (o cualquier clase de apoyo mutuo a nivel comunal, confianza en autoridades, participación en asambleas u organizaciones, etc.). Es importante señalar también que 30% de las respuestas eran de desconocimiento de las fortalezas a nivel comunitario y que otro sector importante de las mismas (12%) indicaba que no existían fortalezas en sus comunidades. Las demás opciones de respuesta tienen porcentajes muy bajos. Sin embargo, es de destacar que la respuesta parroquia (o clínica parroquial) solo fue dada en Acopía (Cusco) donde efectivamente la parroquia tiene una participación importante en salud como se señaló en párrafos anteriores. Esta respuesta abarcó el 11% de todas las respuestas de esa comunidad.

A continuación el gráfico con los porcentajes correspondientes a cada grupo de respuestas:

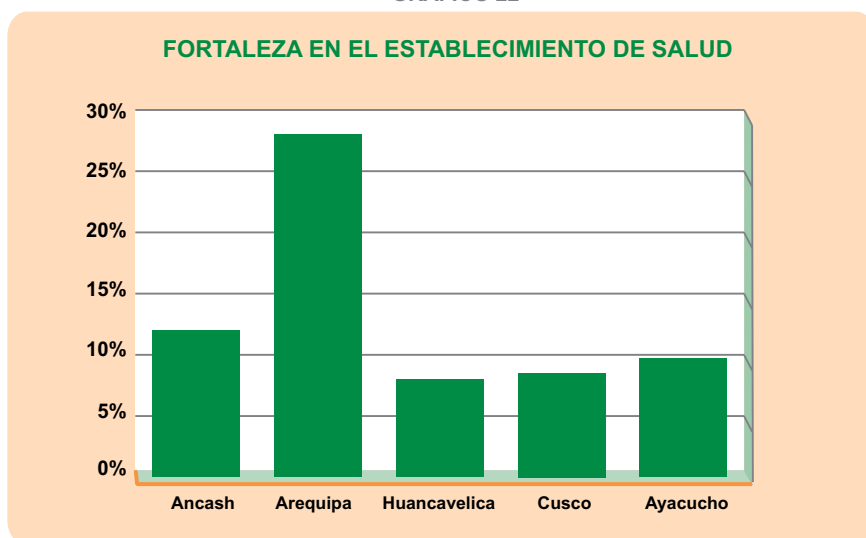


Cuando vemos los datos por comunidades encontramos algunas diferencias interesantes. Por ejemplo, vemos que solo tres comunidades consideran abiertamente lo relacionado al establecimiento de salud como una fortaleza a nivel comunal. Definitivamente no existen respuestas de este tipo de Vicos (Ancash) y Ayahuasi (Arequipa). En este último caso se entiende más claramente porque no hay un establecimiento de salud en la propia comunidad. Adicionalmente, en esta comunidad es donde la respuesta “el personal de salud no trata bien a la población” tiene la más alta proporción.



Por otro lado, es en Ayahuasi (Arequipa) donde existe una mayor proporción de respuestas vinculadas a la organización comunal seguida por Vicos (Ancash):

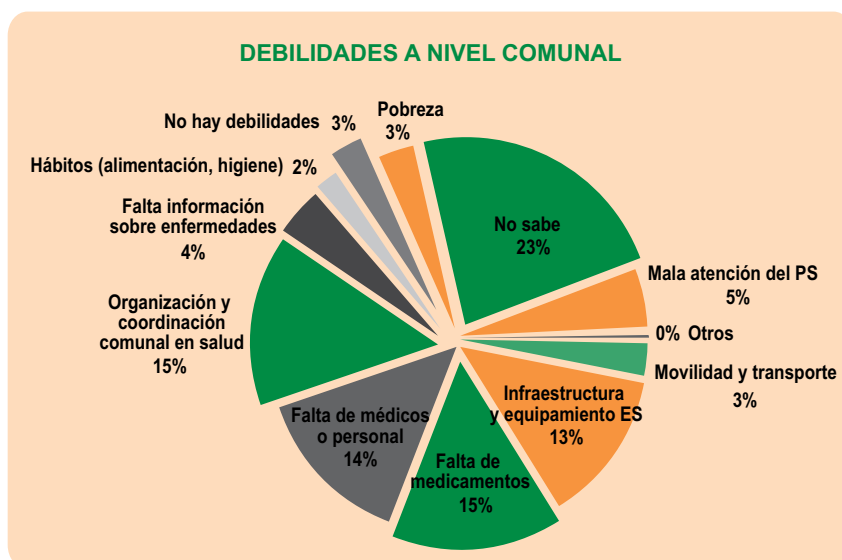
GRÁFICO 22



Finalmente, es en Ayahuasi (Arequipa) donde mayor proporción de respuestas (37%) indican que “no hay fortalezas” para enfrentar a la TB en la comunidad. Las otras comunidades tienen porcentajes significativamente más pequeños en esa respuesta: 5% en Ancash, 11% en Huancavelica y Cusco y 0% en Ayacucho. Del mismo modo, es de destacar que la respuesta “No sabe” abarcó una gran parte (78%) de las respuestas de Vicos (Ancash) y buena parte (44%) de las respuestas de La Esmeralda (Huancavelica) mientras que en las otras comunidades los porcentajes son mucho menores, yendo de 12% a 19%.

Cuando se preguntó específicamente “¿Qué debilidades existe en la Comunidad para enfrentar el problema?”, un 22% de las personas no contestó nada. Las respuestas fueron agrupadas en categorías amplias y tenemos que un 23% de las respuestas fueron “No sé”, “No conozco”. Por otro lado, una gran parte de las respuestas se centraron en problemas de los establecimientos de salud: 15% en falta de medicamentos, 14% en falta de médicos o personal profesional, 13% en falta de infraestructura y equipamiento y 5% en mala atención o preparación del personal de salud. En total, 47% de las respuestas giraron en torno a problemas relativos a los establecimientos de salud. Una proporción más pequeña de las respuestas se centraron en problemas intrínsecos de las propias comunidades: un 15% de las respuestas giraron en torno a problemas de la organización comunal para trabajar temas de salud, un 4% en que falta información sobre enfermedades y en particular sobre TB, un 2% tocaba temas de hábitos (alimentación, higiene, vicios, etc.), un 3% de las respuestas se relacionaban a problemas económicos o pobreza. Finalmente debemos indicar que 3% dio respuestas relativas a problemas de movilidad o transporte a los establecimientos de salud y un 3% señaló que en la comunidad no existían debilidades para enfrentar el problema.

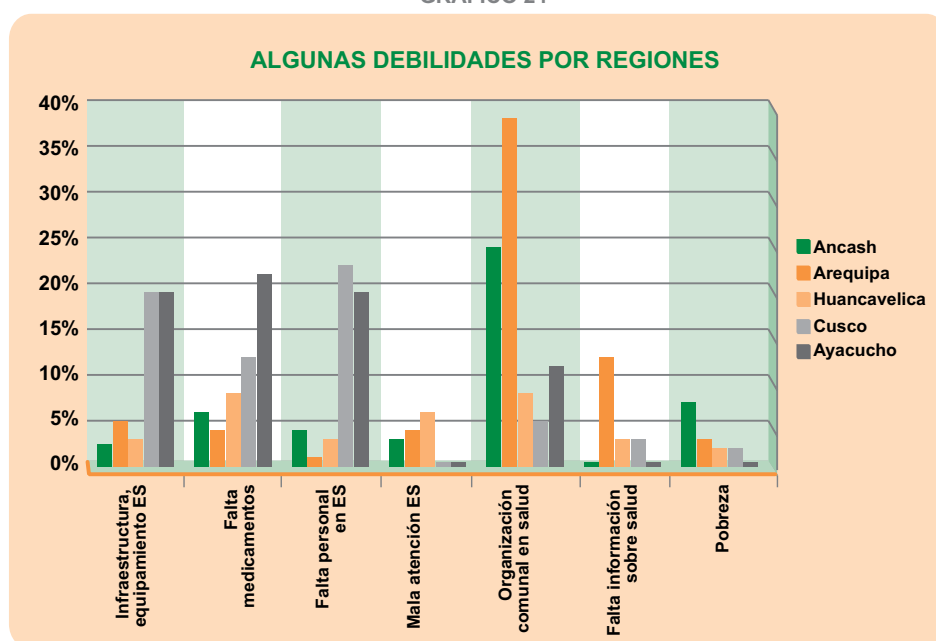
GRÁFICO 23



Cuando vemos algunas de las respuestas por regiones encontramos algunas tendencias claras. Esto se puede apreciar en el gráfico siguiente. Si nos fijamos en las debilidades vinculadas a los establecimientos de salud, vemos que estas son preponderantes en Ayacucho, Huancavelica y Cusco mientras que los problemas internos a nivel comunal (como organización en temas de salud, falta de información adecuada en salud y pobreza) son más preponderantes en Vicos y Ayahuasi.

Al respecto, es interesante notar que en Vicos la respuesta más señalada (20%)¹⁷ gira en torno a problemas de organización comunal en el campo de la salud y que justamente algunas páginas atrás, se hizo hincapié en que esta comunidad es la que parecía más organizada en temas de salud. No nos podemos aventurar en dar una respuesta a esta incógnita pero podemos hacer una suposición. En la descripción de las comunidades habíamos mostrado que Vicos tiene una historia particular en cuanto a organización comunal. Habíamos mencionado que en los años 60 y 70 con el Proyecto Cornell llegó a ser considerada una comunidad modelo de organización. Cuando hemos conversado con sus autoridades subrayan mucho este dato pero a la vez son muy críticos respecto a la realidad actual de la organización comunal: para ellos las cosas ya no son como antes y esto les pesa mucho. Entonces, es posible que lo que esté sucediendo es que la población de Vicos sea más crítica que los demás (en conjunto con Ayahuasi¹⁸) en cuanto a organización comunal y tenga estándares más altos para medirse en ese sentido.

GRÁFICO 24



¹⁷ Cabe indicar que Vicos tiene un porcentaje altísimo de respuestas “No sé”: 44%.

¹⁸ Lo que indicamos de Vicos no se aplica a Ayahuasi. Sobre esta última comunidad no nos aventuramos a hacer ninguna hipótesis sobre su crítica marcada a su organización comunal en el campo de la salud.

CONCLUSIONES



4. Conclusiones por objetivos específicos

OE1: Identificar y comprender los significados atribuidos a la Tuberculosis, sus causas, atención, tratamiento, severidad y secuelas en adultos varones, adultos mujeres, escolares, afectados por TB, autoridades comunales y personal de salud en los pueblos indígenas quechuas.

Uno de los principales hallazgos es que en las diversas comunidades se tiene un conocimiento muy diferente de la enfermedad, sus síntomas, el tratamiento de los EESS o formas alternativas de tratamiento.

Definitivamente, existe un mayor conocimiento en las comunidades La Esmeralda y Buena Gana en contraposición a Vicos, Acopía y Ayahuasi. Hemos encontrado que en parte esto puede deberse a que en las primeras existe una mayor incidencia (salvo Acopía que también tiene incidencia pero poco conocimiento). Sin embargo, también pudimos encontrar que en los últimos existe tanto una menor presencia de campañas relativas a la TB como una mayor intención de ocultamiento de los casos. Según el personal de salud, esto se debía a que se quería evitar la estigmatización.

En la encuesta, ante la pregunta “¿sabe lo que es la tuberculosis?”, menos de la mitad respondió que sabía pero en este tema hay grandes diferencias entre las zonas. Mientras que en La Esmeralda (Huancavelica) 70.9% de las personas la conocía en Vicos (Ancash) solo el 12.9% de la población respondió que la conocía. En Ayahuasi (Arequipa) también hay un porcentaje bajo (33.1%) de personas que decían conocer la enfermedad. Del mismo modo, al preguntarles a las personas si sabían los síntomas de la TB saltaron las mismas diferencias entre las zonas: En Vicos (Ancash) y Ayahuasi (Arequipa) era donde claramente menos se conocían esos síntomas.

Respecto a los síntomas, los más conocidos en general fueron la tos con flema (78.3%) seguido de pérdida de peso (63.2%) y falta de apetito (50.3%).

Por lo general, al mencionarles síntomas característicos de la TB, los comuneros los asociaban a otros nombres de enfermedades. Algunos de ellos abarcaban más síntomas y se acercaban más a la definición biomédica: En La Esmeralda se usaba “enfermedad de la caja”, en Vicos, Ayahuasi y Acopía “tísico” y en Buena Gana “uti oqo”. En otras ocasiones se abarcaban menos síntomas y se usaban otros nombres como “bronco”, asma o anemia.

Algo importante encontrado utilizando los instrumentos cualitativos es que, por lo general, estos cuadros se asocian a una exposición prolongada o intensiva al frío y la humedad. Otros factores mencionados son el trabajo excesivo, el consumo de alcohol o coca, la falta de una buena alimentación. Por lo general, las personas mezclan varios de estos factores en sus explicaciones. Asimismo, el reconocimiento de que la enfermedad es contagiosa no está muy extendido aparentemente aunque en La Esmeralda se percibe una mayor consciencia al respecto.

Cuando preguntamos en la encuesta “¿Sabe cómo se transmite la tuberculosis?”, solo respondieron afirmativamente 47% de los encuestados. Entre los que contestaron la respuesta más común fue “Al compartir alimentos, vasos, platos o cubiertos” respuesta dada por el 78% de las personas. La segunda respuesta más común fue “A través del aire, al estornudar o toser” con 64% de las personas. Asimismo, los factores de riesgo más mencionados fueron la desnutrición (91.4%) y el consumo de alcohol (66.9%).

Ante la pregunta de si la tuberculosis tiene cura, casi la mitad (47.6%) señaló que sí la tenía. En esta pregunta también salta a la vista la diferencia entre las comunidades: mientras que en Vicos (Ancash) y en Ayahuasi (Arequipa) solo 14.7% y 36.8% respectivamente señalan que tiene cura, en las demás zonas entre el 60% y el 70% de las personas dio esa respuesta.

Ante la pregunta “¿Conoció alguna persona con tuberculosis?”, sólo 21.6% señaló que conocía. Aquí los porcentajes de Vicos (Ancash) y Ayahuasi (Arequipa) son muy bajos (5.2% y 12.6% respectivamente) mientras que en La Esmeralda hay una proporción relativamente alta (40.9%) que señaló conocer a alguien.

OE 2: Identificar las actitudes y prácticas de escolares, adultos varones, adultos mujeres, en relación al riesgo, diagnóstico, enfermedad, tratamiento y prevención de la TB en todas sus formas en los pueblos indígenas quechuas.

Los cuadros de TB entran dentro de las concepciones andinas de frío-calor. Las personas al considerar que la enfermedad se debe al frío extremo, intentan contrarrestarla con remedios caseros considerados cálidos: ciertas hierbas o preparados de animales. En cada zona encontramos diferentes opciones. Es importante señalar que el uso de estos remedios tradicionales se da antes de asistir a los establecimientos de salud y recibir tratamiento pero también se puede dar paralelo a los tratamientos. En estos casos, se produce una complementariedad entre el tratamiento de los establecimientos de salud y los métodos tradicionales.

Por otro lado, se ha encontrado que en las diversas comunidades se puede recurrir a los proveedores tradicionales o curanderos para intentar curar síntomas característicos de la TB. En estos casos, la explicación puede restringirse a las concepciones de frío y calor o puede también vincularse con causas sobrenaturales. En este último caso la enfermedad puede calificarse como chacho, abuelo, puquio o alcanzo, dependiendo de las zonas o de los curanderos.

Respecto a la detección de casos por los establecimientos de salud, no podemos hacer afirmaciones contundentes. En la encuesta y las entrevistas se preguntó por otros posibles casos no detectados por los EESS y se intentó conversar con ellos o sus familiares en caso de fallecimiento. Aparentemente, algunos casos no habrían sido detectados (algunos de los cuales habrían incluso muerto) aunque no lo podemos comprobar fehacientemente porque no se contaba con los elementos suficientes como para aseverarlo.

Respecto a los tratamientos de los establecimientos de salud, encontramos que aparentemente son cumplidos por la mayoría de los casos. Sin embargo, existen algunas personas que no llegan a cumplir a cabalidad ya sea los tratamientos (ir al ES todos los días) o las recomendaciones (comer adecuadamente, descansar o no tomar alcohol). Algunos de estos últimos casos se convierten en resistentes a los medicamentos o si no terminan muriendo.

Con respecto a cómo reacciona la población frente al diagnóstico del afectado, utilizando instrumentos cualitativos hemos encontrado opiniones diferenciadas que probablemente dependen parcialmente del grado de conocimiento que se tiene de la enfermedad y sus formas de transmisión. Aparentemente, el conocimiento de la enfermedad desde el punto de vista biomédico es más claro en La Esmeralda y Buena Gana. Ahora bien, en virtud de la sección cualitativa del estudio, se tiene la impresión que había un mayor rechazo a los que padecen la enfermedad en La Esmeralda y Buena Gana que en las demás comunidades, probablemente porque en aquellas comunidades se está más consciente de los peligros de la enfermedad y de la posibilidad de contagio.

En la encuesta se hacen preguntas con escala Lickert abordando temas de exclusión o estigma ante la tuberculosis. Se hallaron grandes diferencias en las comunidades: mientras que Ayahuasi (Arequipa) y en segundo lugar La Esmeralda (Huancavelica) resultaron ser comunidades donde la población parece tender a excluir más directamente a los afectados por tuberculosis, las demás comunidades parecen ser mucho más tolerantes. Vemos que solo La Esmeralda coincide con los resultados cualitativos.

La otra cara de la moneda es la frecuencia de la actitud de ocultamiento de la enfermedad al entorno por parte de los pacientes y sus familiares, justamente para evitar la marginación o estigmatización.

Respecto a las actitudes que tiene la población hacia los establecimientos de salud, en la encuesta encontramos que existe una significativa mayoría de personas que dicen que los tratan bien (60% versus 30%). La excepción es La Esmeralda en Huancavelica donde menos de la mitad señala que es bien tratado (47%).

Por otro lado, una gran mayoría (73%) indicó en la encuesta que es necesario acudir al establecimiento de salud para curarse de esa enfermedad aunque en Vicos (Ancash) solo el 58.7% señaló esa respuesta. En relación a la pregunta de que si existían otros tratamientos alternativos al de los establecimientos de salud hierbas, etc., solo 29.2% respondió que sí aunque en algunas zonas esta respuesta fue alta: 52.2% en Ayahuasi (Arequipa) y 38.1% en Acopía (Cusco). Del mismo modo, solo 13.6% señaló que la gente acudía al curandero por esta enfermedad. Sin embargo, al respecto también hay importantes diferencias entre las comunidades: Mientras en Acopía (Cusco) 25.5% señala que la gente va al curandero en su comunidad en Buena Gana (Ayacucho) solo 1.8% respondió de esta manera.

OE3: Identificar la información acerca de la salud respiratoria y la prevención de TB que se maneja en los pueblos indígenas quechuas y las fuentes de información existentes y potenciales.

La población en general conoce poco respecto a las características de los tratamientos o su gratuidad aunque la situación es más grave en Ayahuasi y Vicos.

En relación a campañas relativas a la TB, encontramos que algo se tiene cierto conocimiento en Buena Gana y La Esmeralda y muy poco se ha escuchado en Vicos (algunas pocas menciones). En Ayahuasi y Acopía no existe ninguna mención a campaña alguna.

En relación a futuras campañas de difusión, existe una recomendación general que se usen las asambleas comunales como un medio de informar al total de los comuneros. Además se pide que se realicen campañas dinámicas con la utilización de teatros o sociodramas en lugar de charlas. Se sugiere además que se trabaje con las organizaciones o la institucionalidad existente en lugar de crear nuevos espacios: colegios, comedores populares, organizaciones de regantes, programas estatales como JUNTOS, etc.

La utilización de la radio fue generalmente recomendada, aunque se debe considerar que las poblaciones solo escuchan radio muy temprano por las mañanas (De 5 AM a 7 AM) antes de salir a trabajar o en las tardes (de 4 PM a 7 PM) cuando han retornado de sus labores agropecuarias. Cabe señalar que sugieren microprogramas o spots muy cortos y amenos ya que a esas horas las personas o escuchan música o noticias. Masivamente se sugiere el uso del quechua.

Ante la pregunta, “Cuando en la comunidad se quiere dar una noticia o se quiere informar de alguna cosa ¿Cómo se hace para informar a los comuneros?”, la respuesta más común encontrada fue a través de los altoparlantes (44.7%) y en segundo lugar a través de asambleas (32.9%). Sin embargo, en Vicos (Ancash) se privilegia ampliamente las asambleas (61%) versus solo 2% que prefiere el uso de los altoparlantes.

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

Respecto a posibles recursos comunitarios en el campo de la salud, utilizando instrumentos cualitativos, encontramos diferencias grandes entre las comunidades, pasando de una buena participación en Vicos (con promotores, comités de seguridad social y salud activos y con fondos) a una participación casi nula en Ayahuasi y La Esmeralda.

En la encuesta se preguntó en torno a las fortalezas o debilidades encontradas en las comunidades para enfrentar el tema de la TB. Cuando se pregunta abiertamente por las fortalezas encontramos que 36% son respuestas relacionadas al establecimiento de salud (y sus características personal, infraestructura, medicinas, equipamiento, trabajo) y tan sólo 12% son relativas a la organización comunal (o cualquier clase de apoyo mutuo a nivel comunal, confianza en autoridades, participación en asambleas u organizaciones, etc.). También encontramos que un sector importante de las respuestas (12%) indicaba que no existían fortalezas en sus comunidades.

Cuando se preguntó específicamente por las debilidades encontramos que una gran parte de las respuestas se centraron en problemas de los establecimientos de salud: 15% en falta de medicamentos, 14% en falta de médicos o personal profesional, 13% en falta de infraestructura y equipamiento y 5% en mala atención o preparación del personal de salud. En total, 47% de las respuestas giraron en torno a problemas relativos a los establecimientos de salud. Una proporción más pequeña de las respuestas se centraron en problemas intrínsecos de las propias comunidades: un 15% de las respuestas giraron en torno a problemas de la organización comunal para trabajar temas de salud, un 4% en que falta información sobre enfermedades y en particular sobre TB, un 2% tocaba temas de hábitos (alimentación, higiene, vicios, etc.), un 3% de las respuestas se relacionaban a problemas económicos o pobreza. Cuando diferenciamos los datos por comunidades encontramos tendencias claras: Algunos encontraban las debilidades en los servicios de salud (Ayacucho, Huancavelica y Cusco), mientras que otros en características propias de las comunidades como problemas de organización comunal (Vicos y Ayahuasi), sorprendiendo el caso de Vicos que habíamos considerado el mejor organizado en temas de salud.

1 BIBLIOGRAFÍA



5. Bibliografía

- Arroyo J. et al. (2001). Interculturalidad en la atención de la Salud. Lima: Ministerio de Salud, OGE, Proyecto Vigía.
- Comunidad Campesina de Vicos (2005). Memorias de la comunidad de Vicos: Así nos recordarnos con alegría. Huaraz: Instituto de Montaña, Urpichallay.
- Culqui et al. 2008. El Chacho (Alcanzo, Hapiruzqa), Síndrome Cultural Andino: Características y Tratamiento Tradicional en Ayacucho, Perú. En: Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2008; 25(1): 59-65.
- Culqui et al. (2009). Tuberculosis en poblaciones indígenas del Perú: Los Aimaras del Perú, 2000-2005. En: Revista Peruana de Epidemiología, Vol. 13 No 1, 1-6.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (1993). IX Censo Nacional de Población y IV de Vivienda. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2007). XI Censo Nacional de Población y VI de Vivienda. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2009). Encuesta Demográfica y de Salud. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- Instituto Nacional de Salud (2009). Boletín semanal. Año 6. No. 31. <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/boletin/pdf/Bol312009.pdf>
- Instituto Nacional de Salud (2011). Alcanzo o pacha (Agarrado por la tierra). <http://190.81.171.7/portal/jerarquia/7/407/alcanzo-o-pacha-agarrado-por-la-tierra>
- Ministerio de Salud (2006). Análisis de la Situación de Salud del Perú. Lima: Ministerio de Salud. 2006.
- Valencia, A. (2002). Antropología Andina. Supervivencia de la Medicina Tradicional. En: Situa No. 20, Universidad Nacional San Antonio de Abad, 13-17.
- Vergara, T. (2000). Tahuantinsuyo: el mundo de los Incas. En: Historia del Perú. Barcelona: Lexus Editores.



PERÚ Ministerio de Salud



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



ESTUDIO SOCIOCULTURAL SOBRE LA COSMOVISIÓN Y LAS PRÁCTICAS ASOCIADAS A LA TUBERCULOSIS EN COMUNIDADES INDÍGENAS QUECHUAS

Estudio realizado en las comunidades quechuas de Vicos en Ancash, Acopía en Cusco, Buena Gana en Ayacucho, Ayahuasi en Arequipa y La Esmeralda en Arequipa, 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.latbsecuragratis.pe