

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD DE LA POBLACIÓN MASHIGUENGA DEL BAJO URUBAMBA, CUZCO PERU

Alejandro Vela Quico

RESUMEN

- I. INTRODUCCIÓN
 - II. METODOLOGÍA
 - III. EL MUNDO DEL BAJO URUBAMBA
 - IV. RESULTADOS
 - V. CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA Y NOTAS

RESUMEN

La investigación se realizó en el año 2006, los objetivos fueron: identificar y analizar los CAPs (Conocimientos, Actitudes y Prácticas), describir las características de la participación en salud, las conductas saludables en las familias, evaluar el desarrollo de entornos saludables, así como el desarrollo de la autonomía de la población mashiguenga del Bajo Urubamba, Cuzco, Perú.

El ámbito de estudio fueron las comunidades de la cuenca del Bajo Urubamba, donde se entrevistó a pobladores, personajes e informantes claves. La metodología fue cualitativa y la técnica de muestreo fue por saturación.

Se concluye que las CAPs son diferentes en función del carácter tradicional de la población o al mayor contacto con los centros urbanos y el mercado. La población tiene información sanitaria dada por el personal de salud, pero no se expresa en prácticas. La salud se asocia a la capacidad de trabajar. No se reconoce la necesidad de la higiene personal, de los alimentos, del agua y de la vivienda. Hay condiciones de hacinamiento. La alimentación está basada principalmente en carnes, de pescado y de mamíferos, de la yuca y plátano, pero que no logra ser balanceada. Existen restricciones culturales a comer algunos alimentos siendo lo más crítico la no ingesta de carne durante la gestación. El varón domina la vida sexual y convivencia. El valor social principal es la solidaridad y el compartir los bienes.

Reconocen que existe un creciente proceso de depredación y contaminación de su medio ambiente, que afecta su sostenibilidad y las costumbres tradicionales de vida y salud que habrían sido equilibradas anteriormente.

La participación de la comunidad es pasiva en la atención de salud y la actividad de los agentes comunitarios de salud, siendo reconocida de alto valor, no es eficaz por

desinterés de los pobladores. Los dirigentes son elegidos principalmente para la defensa de los derechos comunales que son afectados.

El presente estudio fue convocado por la Dirección Regional de Salud del Cusco – MINSA con financiamiento del proyecto PARSALUD, destacamos la colaboración del Director Regional de Salud, Dr. Danilo Villavicencio, la del Dr. Javier Ramírez, director adjunto y de la licenciada Valeria Alfaro, integrante del equipo ELITE de salud, a quienes expresamos nuestro agradecimiento.

PALABRAS CLAVES: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Salud, Mashiguengas.

I. INTRODUCCIÓN

A. JUSTIFICACIÓN

Las políticas de salud nacionales se dirigen a las prioridades identificadas a través de diversos programas de atención y promoción de la salud, donde la mejora de la oferta que debe reflejarse en indicadores de salud. Pero en varios aspectos no se obtienen los resultados esperados, pues habría ciertas dificultades que no son comprendidas por el personal de salud.

Entre estas dificultades está la incipiente integración del enfoque intercultural en salud. Una respuesta común en el sector ha sido creer que la educación sanitaria podría ser la panacea para cambiar ciertas actitudes y prácticas de la población con culturas diferentes. Incluso los Lineamientos de Políticas sectoriales 2002 – 20012, reconocen la persistencia de barreras culturales, a pesar del marco declarativo de participación comunitaria.

Consideramos que la dimensión cultural requiere en primer lugar obtener una línea de base de las CAP (concepciones, actitudes y prácticas) en salud, así como de la participación de la población en los diferentes niveles del proceso salud – enfermedad. Estos elementos de base permitirán sustentar estrategias para promover el desarrollo de la salud familiar y comunitaria, donde se respete la cultura local y tengan una eficacia sustentable en condiciones de autonomía, democracia e inclusión social.

La presente consultoría está ubicada en esta aspiración y espera aportar, además de conocimientos válidos y legitimados, la generación de movimientos y estrategias para un trabajo en salud, que integre el enfoque intercultural.

B. OBJETIVOS

1. Identificar y analizar los CAP de la población machiguenga del Bajo Urubamba.
2. Describir las características de la participación local en salud en la población de estudio.
3. Describir las conductas saludables en las familias en la población machiguenga del Bajo Urubamba.
4. Evaluar el desarrollo de entornos saludables para la salud individual y familiar, así como el desarrollo de su autonomía respecto a salud en la población de estudio.

II. MATERIAL Y METODOS

A. AMBITO DE ESTUDIO

El ámbito de estudio fue la cuenca del Bajo Urubamba, comprendida entre el Pongo de Mainique en el departamento del Cusco (provincia de La Convención) y la confluencia

del río Urubamba con el río Tambo, en el departamento de Ucayali (provincia de Atalaya). El área es de aproximadamente 25,280.04 Km². Esta zona administrativamente pertenece a tres distritos (Echarati, Sepahua y Raymondí) y las provincias mencionadas arriba.

B. METODOLOGÍA

1. Unidad de estudio

Las unidades de estudio fueron las familias de las comunidades del Bajo Urubamba, donde se entrevistó a la persona responsable de la salud familiar, en un total de 34. Los criterios de inclusión de los entrevistados fueron los siguientes:

- Varones o mujeres
- Mayores de 18 años de edad
- Residentes estables en las zonas de estudio durante los últimos tres años.
- Que no tengan conflictos legales u otros que puedan sesgar sus percepciones.

Complementariamente se entrevistó a personas claves de la comunidad, identificados por su liderazgo, experiencia y trayectoria social en la comunidad; las cuales fueron 12 en total. Estas entrevistas tuvieron la finalidad de obtener percepciones globales e integrales sobre los CAP y la participación comunitaria en salud.

Además se realizaron entrevistas a informantes claves, definidos así por ser generalmente profesionales con amplia experiencia de trabajo en el sector educación, salud y otros; en el ámbito de las comunidades del bajo Urubamba; de ellos se realizaron 12 entrevistas.

El ámbito de estudio incluyó las siguientes comunidades:

- Comunidad de Camisea de la etnia machiguenga, comunidad bien contactada y pobladores que constantemente se relacionan con Quillabamba y Sepahua.
- Comunidad de Nueva Luz, de la etnia matchiguenga y piro, también bastante accesible y contactada con los servicios de salud.
- Comunidad de Segakeato, de la etnia machiguenga, ubicada en la cuenca del río Camisea; en los últimos 3 años sus comuneros trabajan para la empresa PLUS PETROL

El tamaño de la muestra se definió por la técnica cualitativa de saturación, que básicamente implica recoger datos hasta que éstos alcancen consistencia, estabilidad y coherencia en sucesivas evaluaciones.

2. Técnicas e Instrumentos

La metodología general de investigación fue cualitativa. Se utilizó el programa informático Atlas/ti, para el análisis textual, así como la triangulación con los marcos teóricos y el contexto; por esta razón se dio importancia al desarrollo conceptual de los temas asociados a interculturalidad en salud.

Las técnicas usadas fueron la entrevista a profundidad a personajes claves de la comunidad, a informantes claves y la observación. Se hicieron las consideraciones éticas necesarias, informando de los fines del estudio. La guía de entrevista tuvo un instructivo para su aplicación.

Para la realización de las entrevistas de campo se tuvo el apoyo de personal de salud o miembros de la comunidad del ámbito de estudio que hablan la lengua matshiguenga y tengan aceptación en las comunidades a visitarse.

Las variables de salud consideradas fueron las siguientes: higiene y ambiente, alimentación y nutrición, salud sexual y reproductiva, habilidades para la vida y salud mental y cultura de paz.

C. PROCEDIMIENTO

El periodo del estudio fue entre los meses de enero y febrero del año 2006. Luego de las coordinaciones administrativas con la Dirección Regional de Salud del Cusco para formalizar la realización de la investigación, se procedió a la etapa operativa, organizando en primer lugar una reunión de grupo focal con personal del equipo ELITE de salud que trabaja en la zona del Bajo Urubamba, que permitió configurar un contexto general de las variables a investigarse y evaluar los aspectos técnicos de la guía de entrevista, actuando como prueba piloto de los instrumentos.

Luego se procedió a realizar entrevistas a informantes claves, definidos así por su amplia experiencia de trabajo en la zona de estudio y que se encontraban transitoriamente en la ciudad de Quillabamba y Cusco.

Inmediatamente se organizó la realización de entrevistas a personas de las comunidades del Bajo Urubamba que eran accesibles en esta temporada climatológica, la que fue completada con observaciones directas de las condiciones sanitarias ambientales.

Además se revisó diversos informes de proyectos y estudios socioantropológicos y de salud realizados en el ámbito del Bajo Urubamba en los últimos años, que nos ampliaron los elementos de observación. Finalmente, disponiendo de una primera síntesis de los resultados, se realizaron conversaciones con profesionales con formación teórica sobre los temas implicados lo que permitió discutir la consistencia y coherencia del análisis.

III. EL MUNDO DEL BAJO URUBAMBA

“YO QUISIERA SER MUJER MACHIGUENGA”

(Valeria Alfaro, obstetriz del equipo ELITE de salud.)

A. ASPECTOS GEOGRÁFICOS

La cuenca del Bajo Urubamba incluye 10 microcuencas y se encuentra delimitada geográficamente por áreas etnogeográficas como son el Santuario Megantoni, la cordillera de Vilcabamba, la Reserva Nahua-Kugapakori y la formación del río Ucayali. A nivel geopolítico la cuenca limita por el Sur con la ceja de selva, por el Oeste con el Parque Nacional del Manu en el departamento de Madre de Dios, por el Este con la cuenca del río Apurímac en los departamentos de Ayacucho y Junín y por el Norte con el río Ucayali.²⁸

Las unidades fisiográficas y de altura son: llanura, colina y montaña, que determinan diferentes formas de vegetación y fauna. El clima es propio del bosque húmedo tropical, con dos estaciones, la lluviosa y la seca (de mayo a octubre). La humedad relativa promedio es mayor al 80% y la temperatura media es de 26°.

B. RESEÑA HISTÓRICA

La historia del Bajo Urubamba está ligada a la de los grupos subandinos Arahua, conjunto de pueblos nativos relacionados lingüísticamente, pero con particularidades culturales. Los *Arahua* se extienden desde las estribaciones de los andes hasta la selva baja, divididos en cinco grupos principales: *Yanasha*, *Asháninka*, *Normachiguengas*, *Machiguengas* y *Piro*. Se estima que su presencia en la zona se remonta a cinco siglos antes.²⁸

Según Casevitz, el Imperio Inca sólo llegó a conquistar aldeas de población andina en el norte del Cusco, establecieron relaciones de intercambio con los matsiguengas. Al parecer no se produjeron relaciones de subordinación ni tributación al Inca.

El Imperio Inca avanzó hasta la zona de Paucartambo-Tono-Marcapata durante los gobiernos de Viracocha y Pachacútec. Se construyó en esta zona una red de caminos que en época de la Conquista europea fueron empleados por Manco Inca en su resistencia armada de Vilcabamba.

A partir de 1650, los jesuitas fundaron al norte del Cusco, algunas haciendas que les permitían financiar las escuelas establecidas en la sierra. Estas haciendas no constituían misiones. De esa época datan dos expediciones: en 1572, al mando de Martín García Loyola, y en 1715, dirigida por el jesuita Cristóbal de Quevedo, pero no se hicieron grandes esfuerzos por evangelizar a estas poblaciones. Tras la expulsión de los jesuitas, en 1789 los franciscanos condujeron a 44 matsiguengas a su nueva misión de Cocabambilla pero algunos años después este centro desapareció por dificultades administrativas. Dos misiones fundadas por los mismos franciscanos al norte del Pongo de Mainique corrieron la misma suerte.

En la etapa de explotación del caucho a partir de 1894, los ríos *Sepahua* y *Mishahua* se convirtieron en centros de acopio del caucho. Caucheros y comerciantes asaltan a los indígenas y son tratados como esclavos, incluyendo a las mujeres y niños, produciendo la desestructuración indígena, alta mortalidad entre los matsiguengas, que obligó a muchos de ellos a refugiarse en zonas aisladas y lejanas, sumiéndose en la pobreza, la vida errante y desconfianza hacia la presencia de extraños.

Después de la época del caucho los mismos comerciantes crean haciendas y continúan con la explotación del nativo así como la exfoliación indiscriminada de los recursos naturales, especialmente la madera.

Muchos machiguengas murieron a causa de las epidemias de malaria y viruela de esos años. En 1900, el papado designó a los dominicos a cargo de la evangelización de esta región y, en 1902, se fundó la primera misión en Chirumbia, en territorio matsiguenga. En 1918, se establecieron otras misiones cerca del Urubamba, como las de Koribeni y Timpia. A partir de 1940, en que la malaria fue temporalmente erradicada, campesinos andinos empezaron a dirigirse hacia las tierras bajas, migración que se aceleró en 1955 como resultado de las grandes hambrunas en la sierra. En 1945 ingresa al Perú el ILV (Instituto Lingüístico de Verano), que realiza trabajos educativos y de investigación en la amazonía sobre lenguas aborígenes, iniciando su presencia en el bajo Urubamba con las comunidades de Camisea (machiguenas) y Huao (Piros).

A partir de 1980, el territorio machiguenga, ubicado en el Bajo Urubamba, ha sido objeto de actividades de exploración de hidrocarburos. En la actualidad, se viene desarrollando uno de los más importantes yacimientos de la Amazonia peruana para la producción de gas y condensados. Es importante señalar, la existencia de pequeños grupos de los llamados *kugapakori*, que viven en situación de aislamiento en las partes altas de los tributarios de la margen derecha del Bajo Urubamba.²⁸

Según la evaluación de parte, "la llegada de misiones religiosas que impulsa el proceso de incorporación de estas poblaciones a la sociedad nacional proporcionándoles una protección que ninguna otra entidad jamás les había otorgado e implementando los servicios básicos fundamentales como educación y salud... esta actividad misional se traduce para la población indígena en un proceso de nuclearización y asentamiento que permitió posteriormente el reconocimiento legal de Comunidad Nativa, creando las bases para establecer una identidad étnico-lingüística".²⁸

En 1974 se promulga el DL 20653 o Ley de Comunidades Nativas que otorga personería jurídica y propiedad sobre un territorio a las poblaciones indígenas, que era una antigua aspiración de estas poblaciones; pero que deja grandes espacios "vacíos"

aparentemente de propiedad del Estado donde se da lugar a la colonización agrícola y otras actividades agrícolas.

La explotación de hidrocarburos y del gas en los últimos años por empresas extranjeras, tiene profundas repercusiones en la vida social y medio ambiente, cuya evaluación es bastante cargada de las posiciones económicas, políticas e ideológicas comprometidas, estando la posición de la comunidad sustantivamente ausente.

C. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

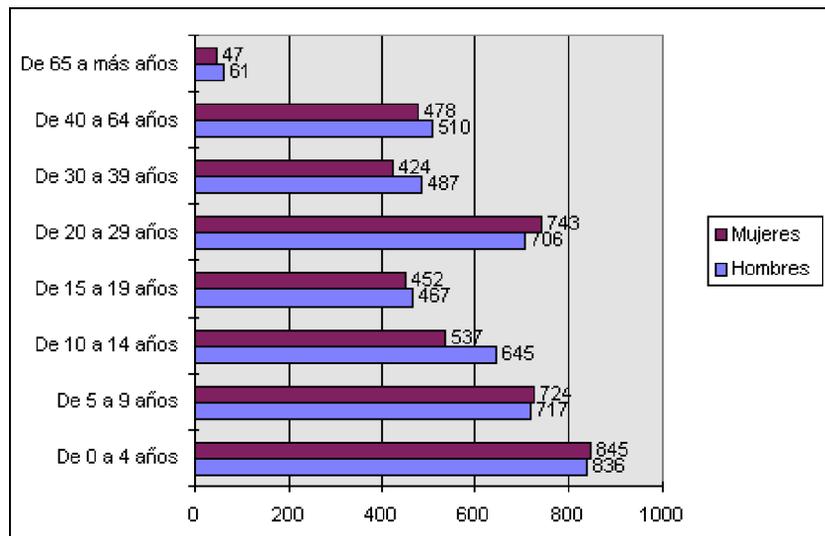
Las Comunidades nativas del Bajo Urubamba suman 39, a lo que se debe añadir los asentamientos de colonos y caseríos. La población estimada total es de 15,000 habitantes. La comunidad de *Sepahua* representa el 25% del total pues incluye a comerciantes, madereros y diversos inmigrantes. Las comunidades exclusivamente nativas más extensas son Kirigueti, Miaria, Nueva Luz y Timpia, todas ellas machiguengas. La densidad demográfica es de 1.5 Hab/Km². La tasa de natalidad en los 90s fue de 49/1,000. Las mujeres tienen una fertilidad de 5 a 6 hijos.²⁸

La formación de centros poblados generalmente en la desembocadura de los ríos es un fenómeno creciente en las últimas décadas, atraídos por los servicios de las Misiones religiosas, el comercio y la mayor disponibilidad de servicios de salud y educación; pero a ello también se suma la formación de nuevas comunidades al interior del área, especialmente conformada por personas provenientes de la cuenca del río Ene, a raíz de las condiciones de violencia militar y política de las últimas dos décadas.

Es frecuente observar que grupos familiares completos migran para vivir en otras comunidades por tiempos prolongados, lo cual crea dificultades para el trabajo de programación de las políticas sociales oficiales.

Según de 1993, la población machiguenga censada fue de 8,679, los varones son 4,429 y las mujeres 4,250, número de comunidades: 32

POBLACION CENSADA POR SEXO Y GRUPOS DE EDADⁱ



Fuente: Vicariato Apostólico Pto. Maldonado: Diagnóstico Integral del Bajo Urubamba 2003.

La distribución de la población según edad, indica un numeroso grupo de menores de 15 años (49,6%) y tan sólo 1,2% con más de 64 años, que caracteriza a una población joven y en proceso de crecimiento. La tasa bruta de mortalidad se ubica en 11,29.

En el diagnóstico del Vicariato elaboran una estructura piramidal de la población, donde la población de 0 –14 años es de 47.46%, pero este % tiende a ser mayor en comunidades más aisladas; la población mayor de 50 años fue de 7.62%.²⁸

D. CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS²⁸

Los matsiguengas dividen los espacios sociales, consanguíneos y afines de acuerdo a una terminología de parentesco de tipo dravídico. Un individuo debe casarse fuera del ámbito social de los consanguíneos e incluso fuera de donde un pariente haya ya contraído matrimonio; esto implica casarse lejos del propio asentamiento y de aquellos donde se hayan casado sus hermanos y parientes. Los padres de la joven elegida son asimilados a las categorías de esposos de la hermana del padre/hermano de la madre y esposa del hermano de la madre/hermana del padre y ésta a la categoría de prima cruzada bilateral.

Para los indígenas amazónicos, la vida económica tiene un profundo propósito social: mantiene y reproduce las sociedades locales y establece nexos entre ellas. Existen agudos contrastes entre la economía de los indígenas y la de los habitantes urbanos inmersos en la cultura de la economía de mercado. En el contexto tradicional, la vida económica indígena no persigue una acumulación de riqueza.

Los miembros de un comunidad pueden vivir bajo un techo común dentro de la maloca como los *matses*; o como unidad doméstica con áreas de dormitorio y fogón separados; o pueden vivir en viviendas a corta distancia entre sí, como los *Amuesha* y *Asháninka*. Las unidades domésticas, comparten y manejan los recursos productivos del territorio del asentamiento sin ejercer derechos de propiedad privada sobre parte alguna. Dentro de las normas del cuidado colectivo de los recursos de la unidad económica, se respetan ciertos derechos de cada unidad doméstica, por ejemplo, son generalmente respetados los derechos de usufructo de las áreas cultivadas y el aprovechamiento de productos forestales específicos descubiertos por el grupo doméstico.

La vida económica está organizada a través de relaciones y redes de parientes. El grupo doméstico (la pareja de marido y mujer, y sus miembros dependientes que comparten el fogón), respetando la división de tareas por género y edad, es la que se encarga de sus propias actividades productivas; pues cada una tiene su propia chacra y se organiza para la caza, pesca y recolección.

El resultado de sus esfuerzos productivos es reconocido como suyo para consumir o compartir a su gusto. Sin embargo, la unidad económica de la sociedad indígena es el asentamiento local como agrupación de unidades domésticas interdependientes, estrechamente vinculadas por lazos de parentesco. Los miembros de cada asentamiento comparten el manejo de los recursos productivos, el producto de sus actividades de subsistencia, y los conocimientos necesarios para su reproducción social.

La economía indígena amazónica es esencialmente una economía del don, es decir, está basada en el intercambio diferido de obsequios. La sociedad indígena socializa en sus jóvenes el fuerte sentido de valor y obligación para compartir cualquier bien material que posea. Se les enseña el imperativo moral de recibir lo que les es ofrecido y a reconocer la deuda creada. La esencia misma de la economía del don es la obligación de reciprocidad; mantiene el flujo de los bienes, entre el que da y el que recibe.

El intercambio es llevado a cabo tanto en contextos informales como formales o rituales. Una forma común de intercambio informal es la distribución de comida, cruda o cocida entre las unidades domésticas dentro de la unidad económica o, en algunos casos, el intercambio de trabajo dentro del grupo del asentamiento.

Para asegurar que la economía del don funcione, las sociedades amazónicas han desarrollado valores culturales que refuerzan en cada uno de sus miembros la importancia de dar, recibir y reciprocidad. Sin tal orden moral la economía del don no funcionaría. Nadie

sentiría ninguna obligación de dar y si lo hiciera, el receptor no estaría obligado a recibir el obsequio o a reciprocárselo.

La generosidad es el valor central en este sistema moral y continúa siendo premiado con mayor prestigio y estatus. La sociedad indígena amazónica ve con malos ojos el egoísmo o el acumular bienes materiales de cualquier clase.

Las características sociales y culturales que parecen haber permanecido estables durante el tiempo son: a) Bajos y constantes niveles de población, un patrón de asentamiento disperso, con pequeños asentamientos estratégicamente ubicados cerca de los más importantes recursos; una gama de estrategias de subsistencia variada. El asentamiento disperso hace posible el aprovechamiento de recursos en un área extensa, acceso a los recursos productivos en forma libre y abierta a todos los miembros del asentamiento local; y, una tecnología simple y apropiada a las necesidades de subsistencia, b) La división del trabajo por edad y sexo, transmisión intergeneracional de conocimientos y habilidades necesarias para realizar las actividades que les correspondían; complementación de roles productivos del hombre y la mujer, c) Producción motivada por las necesidades del grupo local más que por el afán de acumular riqueza, d) Un orden moral reforzado por el orden cósmico, que aseguraba el balance en el sistema global.²⁸

Hasta los años 60's, en que se inicia la construcción de carreteras y se impulsa la colonización, el Estado tuvo poca presencia en la Amazonía. Las autoridades civiles no prestaron ninguna atención a las poblaciones indígenas. A inicios de los años 70 el Estado empezó a atender el justo reclamo por el reconocimiento de la propiedad de los indígenas amazónicos sobre las áreas ocupadas por ellos. Para defender sus tierras restantes, acceder a escuelas y centros de salud, al inicio de los años 60s, los asentamientos indígenas, adoptaron una forma esencialmente andina de propiedad colectiva de sus territorios bajo el nombre de "comunidad". A partir de la Ley de Comunidades Nativas (1974), éstas se conocen como comunidades nativas y reciben reconocimiento oficial. En algunos casos, la comunidad nativa formalmente reconocida puede corresponder al asentamiento de parentesco tradicional y, como tal, a una unidad económica tradicional, pero en la mayoría de los casos las comunidades nativas constituyen un nuevo tipo de unidad.²⁸

Actualmente, alrededor del 85% de los habitantes indígenas de la cuenca forman parte de algún tipo de organización representativa, la mayoría como una federación étnica que clama por los derechos territoriales y de autodeterminación y por un proceso equilibrado y autónomo de desarrollo local. Cuentan con el apoyo de ONG's y están ligadas a redes regionales, nacionales o internacionales de organizaciones similares.

Tradicionalmente los pueblos indígenas han practicado la sostenibilidad no como "meta de desarrollo" sino como modo de vida. En cambio en los tiempos modernos la sostenibilidad aparece como una meta tan loable como irrealizable. La diversidad biológica y etnocultural es significativamente afectada por los requerimientos de rentabilidad del mercado. Por ejemplo los recursos genéticos del bosque húmedo tropical están desapareciendo a una velocidad dramática, aproximadamente 42 millones de acres de bosques tropicales se pierden anualmente para dedicar la tierra a la agricultura de subsistencia y la ganadería.

El crecimiento poblacional se concentra cada vez más en las áreas urbanas. Las áreas rurales se han visto fuertemente afectadas por el asentamiento masivo de colonos, la tala indiscriminada de bosques, el monocultivo comercial, el cultivo de la coca, la exploración y explotación petrolera y minera.

Hasta los inicios de la década del sesenta, la vida de la mayoría de estos pueblos transcurría dentro del modelo de sociedades tradicionales. El contacto con la economía de mercado era muy esporádico y mediado por los "patrones", rezagos del auge del caucho. Algunos pueblos indígenas tenían contacto ocasional con misioneros, excepto los esporádicos internados misionales, no existía educación formal y muy pocos hablaban el español. Prácticamente no eran ciudadanos con plenos derechos.

Hoy en día casi todos los pueblos indígenas de la Amazonía producen para el mercado, que algunos proyectos y técnicos lo valoran como progreso. Mientras los lazos de parentesco son todavía el fundamento básico que aglutina a los asentamientos locales, cada unidad familiar ha establecido nuevos tipos de relaciones sociales a través de su incorporación a la economía de mercado.

La preocupación central de los pueblos indígenas amazónicos es consolidar sus territorios y, a través de dicho proceso, participar en la economía de mercado, en términos que sean rentables, sostenibles, ambientalmente convenientes y con la preservación de los valores, conocimientos y modo de vida de la comunidad. Actualmente, los indígenas tienen el reto de resistir la tentación de sobre-explotar sus recursos para obtener ganancias a corto plazo y no repetir los errores destructivos de los colonos, ganaderos, coccaleros, madereros y otros que han contribuido a una depredación del medio ambiente.

En muchas áreas, los pueblos indígenas se vieron invadidos por el proceso de colonización y la incursión de nuevos actores económicos. Los internados de los misioneros han sido reemplazados por las dispersas escuelas de educación rural auspiciadas por el Estado, pocas veces a cargo de profesores bilingües de las comunidades locales.

Tanto en el campo como en los centros urbanos, el idioma español se ha impuesto como dominante para tratar con los diversos actores económicos y estatales presentes en la Amazonía, contribuyendo a una situación desventajosa, tomando en cuenta que existe una arraigada discriminación.

Los pobladores indígenas aprendieron que cada territorio tiene una diferente combinación de suelos, subsuelo, agua, cobertura vegetal, y fauna; y que su dominio requiere diferentes técnicas y estrategias para manejar y usar sus recursos de manera óptima considerando la fragilidad de los ecosistemas.

Las actividades económicas para satisfacer las necesidades de la vida diaria son la agricultura de roza y quema, el manejo forestal, la cacería, la pesca, y la manufactura doméstica. Estas actividades se realizan para mantener una forma de vida, y no simplemente para la sobrevivencia física.²⁸

La caza implica una serie de técnicas y gran experiencia. Así se usan tipos de flechas o trampas de acuerdo al animal que se desea cazar. Se hace una o dos veces a la semana y en ocasiones implica varios días pues deben llegar a algunos lugares especiales donde los animales se alimentan. La pesca puede ser individual, familiar o colectiva. La colectiva se realiza en tiempos de "secas" y es planeada en todos sus detalles por la comunidad, pues deben decidir el lugar, el tipo de peces, la cantidad, etc.

La agricultura está limitada a algunos productos de consumo familiar como la yuca, que es la base de su dieta. La agricultura se realiza con la tecnología de roza y quema en tierras aptas, el cultivo de otros productos como el café, achiote y cacao les significa mayor tecnificación y tiempo siendo por ello poco extendido entre las comunidades estudiadas.

La recolección les provee de recursos complementarios, se asocia a los ciclos anuales ecológicos del bosque y del río, que implica un gran conocimiento de la naturaleza. La recolección incluye: miel, huevos, insectos, moluscos, crustáceos, caracoles, plantas medicinales, hueveras de peces, frutos, resinas, semillas, entre muchas otras variedades de productos y materias primas para usos domésticos, medicinales, de caza o pesca.

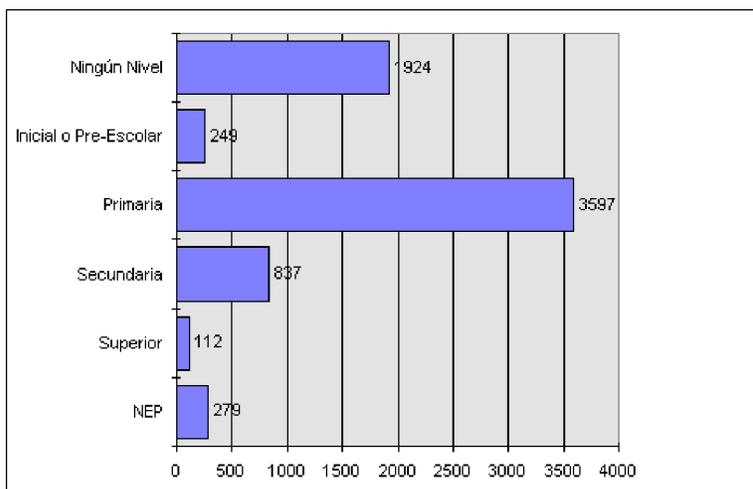
La crianza de animales domésticos tiene fines complementarios en la alimentación y eventualmente de venta o intercambio con otros productos. Entre los animales que se crían están principalmente las gallinas y patos y muy secundariamente los cuyes.

El futuro de los indígenas amazónicos está vinculado a su acceso seguro a la tierra, los bosques, la flora y fauna y el agua. Esta seguridad sólo puede ser lograda en la medida que el Estado reconozca como propiedad colectiva los territorios tradicionales y al mismo tiempo garantice y defienda la continuidad de este régimen de propiedad y de vida frente a amenazas externas.

E. SERVICIOS DE EDUCACIÓN

La educación es el servicio social de mayor valoración actualmente, incluso la constitución de una escuela llevó a la formación de algunos poblados. El acceso a la educación primaria es amplia, pero disminuye en comunidades de cabeceras de río o más alejadas. El analfabetismo es de 32% entre los que tienen cinco años de edad y más, según datos del censo de 1993, con diferencias significativas entre la población femenina y masculina (37% de mujeres analfabetas, frente a 27% de varones). El 51% tiene sólo la primaria como el más alto nivel educativo, en tanto que 27% no posee ningún nivel educativo. A la instrucción secundaria ha accedido sólo 12% y a la superior apenas 2% de la población, sin que la mayoría de estas personas haya concluido sus estudios superiores. Sólo 15 personas cuentan con estudios universitarios completos.²⁸

POBLACIÓN CENSADA DE CINCO AÑOS Y MÁS,
SEGÚN NIVEL DE EDUCACIÓN



Fuente: Vicariato Apostólico Pto. Maldonado: Diagnóstico Integral del Bajo Urubamba 2003.

Hay un total de 80 maestros que imparten enseñanza en las escuelas de las comunidades machiguengas, 58 de ellos son indígenas, pero sólo 6 enseñan en las escuelas secundarias. El 81% de los maestros de nivel primario son indígenas. De un total de 32 comunidades censadas, 25 tienen escuelas primarias y sólo en 4 funcionan además colegios secundarios y en Sepahua funciona un Instituto Tecnológico.

F. SERVICIOS DE SALUD

Según el diagnóstico del Vicariato son 12 las comunidades del Bajo Urubamba que disponen de algún servicio de salud. Los servicios de salud disponibles son los siguientes:²⁸

RANGO	PUESTOS DE SALUD	POSTAS DE SALUD	CENTROS DE SALUD	BOTIQUÍN
Medicina General		4	1	
Atención de Enfermería	12	4	1	
Tópico de Curaciones	7	4	1	2
Ginecología		1	1	
Laboratorio		2	1	
Atención Dental		1	1	
Farmacia o Botiquín	13	4	1	2
Hospitalización		1	1	
CRED y Triaje	12	4	1	

Fuente: Vicariato Apostólico Pto. Maldonado: Diagnóstico Integral del Bajo Urubamba 2003.

La mayoría de servicios son atendidos por técnicos sanitarios o técnicos de enfermería. Según la categorización oficial existe un Centro de Salud en Kirigueti y tres Puestos de Salud atendidos por médicos generales, en diferentes comunidades: Timpia, Sepahua y Camisea. En servicio de Sepahua está mejor equipado. Los demás establecimientos de salud son atendidos por técnicos de enfermería, como son las comunidades de Chokoriari, Puerto Huallana, Nuevo Mundo, Nueva Luz, Miaria, Bufeo Pozo, Puija y Maldonalillo. Incluso los Puestos de Salud de Tangoshiari y Kashiriari son atendidos por promotores de salud comunitarios con alguna capacitación básica.²⁸

Los establecimientos de salud con mayor número de personal (7 ó más) son los de Kirigueti y Sepahua. La ubicación de todos estos servicios es en lugares accesibles y céntricos para la mayoría de poblaciones.

IV. RESULTADOS

A. CAP SOBRE HIGIENE Y AMBIENTE

LAS CONCEPCIONES DE SALUD: “PUEDO IR A MITAYAR”

Las condiciones materiales de salud y las mismas conductas sanitarias de la población, se pueden explicar desde las concepciones de salud que porta la población. Así encontramos que las concepciones sobre cuándo una persona está sana tienen cuatro áreas de definición en orden de importancia:

- La capacidad de trabajar, “para masatear”, para ir al monte, cazar o pescar.
- La ausencia de alguna enfermedad o dolencia
- Estado de ánimo satisfactorio, y
- Buenas relaciones con su grupo familiar.

Estas concepciones son coherentes con el sentido que da la población a su vida pues ésta se asocia al trabajo de subsistencia y la vida en sus grupos familiares, que son los dos aspectos de mayor significado para la población machiguenga. Si no se puede trabajar prácticamente no se podría alimentar a la familia, no se podrá compartir y corresponder a su grupo. En la etnia machiguenga existen algunas reglas sociales comunitarias o colectivistas que les permitiría la subsistencia, pues los productos, de la caza por ejemplo, pueden ser compartidos con todos, aunque el sentido completo es de reciprocidad social.

La concepción de enfermedad es muy amplia, no está reducido a la nosología médica o a las definiciones modernas de enfermedad. Muchas dolencias tienen sentido dentro de sus propios contenidos culturales, de carácter mágico y ecológico. Enfermarse suele denominarse en general como “cutiparse”.

La constitución física informa también de la salud de la persona, así una mujer u hombre gordito (a) o “agarrada (a)” sugiere que podrá realizar actividades diarias como traer agua, recoger yuca, elaborar masato, etc.

LA VIVIENDA ADECUADA

Las concepciones sobre una vivienda buena o adecuada para vivir sanamente está definida por cuatro condiciones:

- Materiales de construcción de mayor resistencia, especialmente si el techo es de calamina, incluso con cimientos sólidos y paredes resistentes.
- La funcionalidad, que se expresa en el espacio necesario para la familia.

- Disponibilidad de las herramientas para la caza y las pesca
- Cercanía a un manantial de agua o río.

En las comunidades machiguengas, las viviendas en general son lugares para delimitar su privacidad familiar y guardar algunas pertenencias, pues gran parte de la vida transcurre en los exteriores. En los grupos que tienen mayor movilidad, las familias tienen más de una vivienda, siendo ellas precarias y requieren ser reparadas cada vez que se instalan para un periodo de residencia. Una de estas viviendas la ubican cerca al lugar donde tienen sus cultivos y a veces otras en lugares donde los hijos estudian.

Dos elementos principales en las viviendas son el espacio para dormir y la cocina. El ambiente para dormir suele ser único y estar cerrado, además existe un espacio abierto que se usa para las visitas. Las cocinas o "fogón" se instalan cerca de la vivienda. Las condiciones climatológicas del ámbito como son el calor, la humedad, las lluvias y la vegetación se expresan en el modelo y materiales usados en la construcción de sus viviendas.

La concepción sobre la higiene de la vivienda implica que no tenga basuras o desechos visibles y mayores externamente, por lo cual la limpieza de la misma se realiza esporádicamente, cuando observan algo notoriamente inadecuado para su concepción de limpieza u orden.

En su informe diagnóstico del Vicariato refiere que las viviendas en el Bajo Urubamba son las tradicionales de las zonas amazónicas, construidas en un área de aproximadamente 50 m², con paredes y piso de pona (palmera) y techo de paja, pero se observa que en las poblaciones más urbanizadas están usando mayormente la madera y la calamina. Los pisos generalmente son elevados a unos 50 ó 60 cm del suelo, que los preserve de la humedad y el agua de las lluvias.

Las actitudes para mejorar su vivienda se refieren a desear tener una casa más grande, un espacio más grande para la cocina; con buenas paredes, que los proteja del frío en zonas donde hay temporadas frías y algunos pocos refieren también desear que su vivienda luzca más limpia. En las poblaciones con mayor contacto urbano y comercial expresan una actitud a tener una casa de madera, con techo de calamina e instalación de agua domiciliaria.

HIGIENE PERSONAL

La higiene personal en general está poco considerada en estas poblaciones. Las actividades de higiene que realizan tienen un sentido principalmente estético y de comodidad, pues el baño del cuerpo es ligero y esporádico, siendo el lavado de manos más frecuente cuando esta contiene algo incómodo o irritante. No tienen el concepto del germen como etiología de las infecciones y coherentemente no encuentran sentido a lavarse las manos o a hábitos de higiene en general para prevenir enfermedades.

El bañarse en el río tiene un significado más recreativo y de confort antes que sanitario. La limpieza de la ropa se realiza de manera rutinaria pero con un intervalo mediano de tiempo.

El incipiente contacto con el sistema de salud oficial o moderna ha logrado levemente incorporar en algunas personas la información de que la higiene es importante para no enfermarse y lo expresan así, aunque no es una práctica objetivable.

Al parecer la higiene como componente de los estilos de vida es reflejo de las condiciones de vida, según esta lógica, ciertas costumbres de higiene casi compulsivas del cuerpo y de las vestimentas son propios de las sociedades consumistas modernas; pero motivadas por un valor cultural estético o de estatus social, antes que referido a una condición para una buena salud.

HIGIENE DEL AGUA

Para esta población el agua se puede beber cuando está clara y transparente, cuando no tiene desechos visibles, turbidez o mal olor. Estas características del agua las encuentran en algunos recodos de los arroyos o del río y son lugares elegidos para recoger el agua para consumo.

El agua es ingerida generalmente cruda directamente del río en cualquier momento del día. Una o dos veces al día un miembro de la familia recoge agua del río en un recipiente suficientemente grande que permita ser usada durante un día. Recientemente como resultado de las acciones educativas del personal de salud, es frecuente observar que este recipiente tiene alguna cubierta que lo protege del ambiente externo.

Se ha observado que en pocos casos hierven el agua que consumen, especialmente en aquellos casos donde la familia tuvo experiencias reiteradas y penosas de diarreas o donde a través de la educación de los hijos se ha introducido este conocimiento.

DISPOSICION DE EXCRETAS

La concepción de las excretas es de algo que debe ser desechado alejado de la vivienda, como en el monte o en río; siendo esta la práctica más frecuentemente observada en la gran mayoría de pobladores.

La promoción por parte del personal de salud, del uso de letrinas sanitarias cerca de las viviendas en estas comunidades en general ha sido frustrante, pues dado el clima lluvioso y húmedo no permite que se cumplan las condiciones de sequedad necesarias, además no son cubiertas adecuadamente ni realizan técnicas de mantenimiento. Por ello algunas de las letrinas que se lograron instalar han terminado siendo abandonadas pues atraen moscas y producen malos olores.

Cuando se les interroga sobre la necesidad de las letrinas, los pobladores la asocian a la prevención principalmente de las diarreas en niños; pero no es una práctica objetiva pues pocas familias tienen una letrina sanitaria y prácticamente ninguna se encuentra en buenas condiciones.

HIGIENE DE ALIMENTOS

La higiene de los alimentos es muy escasa y aparente, pues dentro de sus concepciones, un alimento es comestible especialmente por el valor nutricional que le asignan, su gusto o sabor y no por razones de salud o para evitar alguna infección. Un alimento es rechazado por sus características externas inapropiadas. Cuando se les interroga sobre la higiene de los alimentos es común que repitan la información recibida por parte del personal de salud, sobre la protección e higiene de los alimentos; pero no es una práctica observable.

En algunas familias suelen cubrirse los alimentos para protegerlos de insectos y otros animales pero no por razones sanitarias. Especialmente las carnes son expuestas al medio ambiente hasta su ingesta y en algunos casos es calentada a la brasa o ahumada para su conservación por algunos días.

Dada las condiciones de una economía principalmente de caza, recolección y pesca; los alimentos se proveen en función de las necesidades inmediatas de la familia. Cuando obtienen una caza mayor o abundante, se trata de ingerir toda la carne que sea posible y es compartida con las demás familias de la comunidad.

De haber aún algún excedente se ahuma el resto de carne lo que permite conservarla algunos pocos días más. El intento de introducir el salado como técnica de conservación de la carne, no ha sido eficiente y accesible por el costo que implica adquirirla en dichas zonas, la humedad y el peso de la sal para transportarla a lugares lejanos.

Los alimentos cocidos como la yuca y el plátano son ingeridos directamente de la olla o de la parrilla y tomados con la mano. También se observó que algunas familias realizan el lavado de las ollas cuando se terminan de consumir los alimentos, para evitar que los restos alimenticios de endurezcan o descompongan.

HACINAMIENTO

Generalmente toda la familia duerme en un solo ambiente, como una expresión de unidad, confianza, protección y afecto. En los casos que disponen de más de un ambiente, la familia se distribuye en estos ambientes. Lo anterior puede ocurrir cuando en la familia existe otra mujer u hogar, la cual tiene su propia cocina o fogón y su propio dormitorio que comparte con sus hijos. La cama consiste en una tarima de madera única para toda la familia.ⁱⁱ

En este informe diagnóstico del Vicariato registran que el 41% de familias está compuesto por 10 a 12 personas, siendo el número más frecuente de 6 – 8 personas.

ANIMALES DOMÉSTICOS

La relación con los animales domésticos en algunos casos es muy intensa afectivamente, al grado de tenerlos siempre cerca de ellos e incluso dormir juntos. En general los animales domésticos y mascotas suelen estar libres en los alrededores de la vivienda, sin una ser alimentados directamente.

Las aves como gallinas son más frecuentemente criados para fines de alimentación de la familia en fechas especiales y para intercambio con objetos, ropa o insumos que creen necesarios y por ello suelen guardar estos animales en las noches para evitar que sean devoradas por otros animales como el tigrillo.

B. CAP SOBRE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

CONCEPCIONES SOBRE LA ALIMENTACIÓN ADECUADA

Las concepciones sobre una alimentación adecuada están asociadas a la satisfacción del hambre o para “llenar su estómago” y esto se logra generalmente con yuca, plátano, pescado y eventualmente alguna carne roja. Otra gran variedad de alimentos que son obtenidos por medio de la recolección como frutas, miel, insectos, caracoles, etc., les proveen de otros nutrientes. Se entiende que los alimentos “dan fuerza” para el trabajo o la actividad diaria.

Estas poblaciones dan valores de identidad a los humanos y animales, según su alimentación. La yuca sería el alimento propiamente humano y algunos alimentos podrían afectar no sólo la salud de las personas sino provocarles transformaciones mágicas.

Refieren que mientras haya una buena pesca y caza, así como una adecuada cosecha de sus huertos de yuca, estarán bien alimentados. El cultivo es una actividad económica limitada en las comunidades estudiadas. Con la yuca y el camote se prepara el masato y con el plátano el chapo, que es principalmente usado para la alimentación de los niños.

El masato se consume en todo el transcurso del día, de acuerdo a sus necesidades en la mañana y puede ser plátano a la brasa o sopa de yuca con alguna carne de monte. La bebida de masato, también sobre la base de yuca sancochada, puede servirse como bebida suave o fermentada con la saliva de las mujeres que la preparan con este fin.

En general no tienen un horario o frecuencia regular de alimentación, depende más de sus necesidades y de la disponibilidad familiar o comunal de alimentos.

Las carnes que consumen están en función de la disponibilidad en el ámbito geográfico donde habite o se desplace una comunidad. Los productos de la pesca generalmente se consumen inmediatamente en sopa o combinado con yuca o plátano, los excedentes se suelen ahumar o salar.

En algunos poblados con mayor movimiento comercial y de personas, algunas personas pescan en los ríos con la finalidad de venderlos y obtener dinero en efectivo.

ALIMENTOS IMPORTANTES PARA EL NIÑO: “DAR LECHE HASTA QUE SE ABURRA”

La población identifica que la leche materna es el alimento más importante en los primeros años de vida y por esta razón generalmente un niño la ingiere a voluntad hasta aproximadamente los dos años de edad. Sin embargo se observa que algunas madres introducen, a los 3 – 4 meses, algunos alimentos como yuca, plátano o masato. Algo importante para la salud del niño es que no suelen darle de lactar el calostro pues existen concepciones culturales que lo estigmatizan como negativo. Posteriormente y durante los primeros meses del niño, las madres llevan permanentemente en brazos a sus hijos y están dispuestas a darles de amamantar en todo momento o cuando el niño lllore.

Sus concepciones culturales básicamente asumen a la alimentación como medio para satisfacer el hambre, que se asocia a la capacidad de trabajar y secundariamente para el gusto, pero no existe generalmente la asociación con el crecimiento y el desarrollo infantil.

Se observa que dan de lactar a un niño hasta que el mismo niño deje de desearlo, “hay que darle leche hasta que se aburra” o “no tenga hambre de leche”, lo cual suele ocurrir entre el primer y segundo año de vida. O sea, el destete es realizado por el mismo niño espontáneamente, pues este empieza a preferir otros alimentos.

Si el niño lo acepta generalmente incorporan otros alimentos (ablactancia) a los 4 ó 6 meses de edad del niño; aunque muchas madres tienen información de la importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. La incorporación de nuevos alimentos en los primeros meses suele ser del masato dulce o no fermentado, pero es común observar que también les dan a beber el masato “fuerte” que contiene alcohol.

En algunos casos se ha identificado el uso de biberones para dar otras leches al niño, incluso algunas preparaciones que se entregan en polvo o “papillas”, provenientes de programas de alimentación complementaria; pero con grandes errores en su composición y volumen, así como en muy malas condiciones de higiene del biberón y utensilios.

Los informes revisados del personal de salud indican el incremento progresivo de niños que reciben suplementos de hierro y que ha aumentado “el porcentaje de los niños de 6 a 23 meses que recibe preparaciones espesas en su alimentación... disminución de la prevalencia de anemia de 61% a 21%, habiendo mediado la administración regular del paquete de nutrición incluyendo la suplementación de micronutrientes de niños”.ⁱⁱⁱ

En algunas poblaciones con mayor contacto con los servicios de salud, se puede reconocer que valoran el pescado, las carnes en general y una alimentación más o menos abundante para el niño, como necesarios para su crecimiento.

Los alimentos más valorados son las carnes rojas, el pescado, la yuca y el plátano; no dan mayor valoración a la leche que algunos programas gubernamentales y privados ofrecen y dejan de ingerirla.

VALOR NUTRICIONAL DE GRUPOS DE ALIMENTOS

Según sus concepciones, las carnes son los mejores alimentos porque dan fuerza e intervienen en el funcionamiento general de la vida, por ello dan gran importancia proveerse de ellas.

Los carbohidratos o alimentos como la yuca y el plátano son centrales en su dieta y los más frecuentes en su alimentación y en general los asocian también a que dan energía o fuerza para el trabajo.

Las grasas directamente no son valoradas en la dieta de estas poblaciones, opinan que tiene mal sabor y que incluso hacen daño a la salud y solamente se ingieren como componentes de las carnes.

Las frutas con excepción del plátano no se les atribuye una función especial, cuando no son para satisfacer el hambre o por el sabor dulce, por ello su consumo es escaso y cuando es accesible.

Las verduras son escasas en la zona y tampoco se les otorga algún valor nutricional específico. Su consumo es casi inexistente.

RESTRICCIONES EN LA INGESTA DE ALGUNOS ALIMENTOS: *“SI COME CARNE DE MAQUISAPA EL NIÑO SE PARECERÁ AL MONO”*

Existen circunstancias en las cuales no ingieren determinados alimentos por el significado que les otorgan, así podemos describir:

- Cuando una persona está enferma no come pescado.
- Cuando una persona ha tenido mordedura de serpiente no debe comer pescado, plátano asado ni sal; puede comer muy poco de carnes rojas e incluso suelen comer especialmente ají y productos de la palmera, durante un año.
- Durante el periodo de la menarquia conceptúan que la mujer está cambiando su vida y que las carnes afectan estos cambios. Algunas mujeres sólo consumen yuca sancochada, palmera y caracolitos; después de dos semanas de iniciada la menarquia pueden comer perdiz y luego progresivamente otras carnes, menos carne de mono pues conceptúan que pueden doblar o “jorobar”; si comen carne de venado “van a corretear” y si comen carne de zuri “serán chismosas”.
- Después de una “cura” o ritual de sanación, no comen “patarasca” (pescado envuelto en hojas de bijao y asado a la brasa), ají ni yuca quemada porque podrían hacer ineficaz la curación.

Una concepción cultural crítica se refiere a que la mujer no debe ingerir carnes de ningún tipo durante la gestación, pues afectaría la vida futura de los hijos y dificultaría el parto. Esto explicaría en parte las evidencias frecuentes de anemia en madres que han tenido su parto. Específicamente los efectos asignados a comer algunas carnes son:

- Carne de venado se refleja en que el niño se escapará.
- Carne de mono (maquisapa) porque el niño se parecerá al mono.
- Carne de sachavaca porque la cabeza del feto será muy grande.
- Carne de majaz porque la mujer envejecerá rápido después del parto.

Incluso los varones no deben consumir carnes mitayadas o cazados por ellos, durante un año después del nacimiento de su hijo pues se conceptúa que lo enfermará o “cutipará”; se hace excepción si come carne de animal cazado por otra persona.

Estas costumbres son más marcadas en algunos grupos étnicos como los caquintes y ashanincas, y son menos importantes en grupos machiguengas que se encuentran a borde de río grande y que tienen más contacto con las zonas urbanas y el mercado actual.

ACTITUDES HACIA LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE: “A VECES NO HAY PESCADO NI MITAYO, POR ESO NO COMEMOS Y ESTAMOS DÉBILES”

Las actitudes hacia la alimentación en estas poblaciones sugieren la necesidad de tener siempre carnes como el pescado y otras, así como la yuca y el plátano. En poblaciones que tienen mayor contacto con zonas urbanas y comerciales, incorporan dentro de sus necesidades alimenticias al arroz, los fideos y al frejol.

Dependiendo de la época los pobladores suelen ir al monte para recolectar caracoles, gusanos como la cota, el zuri, el cético, entre otros, para su alimentación.

Se puede observar una creciente preocupación por la escasez de pesca y de animales de caza en el monte, lo cual hace cada vez más difícil su alimentación tradicional. Las razones de estos cambios los derivan de la presencia de colonos y madereros que depredan los bosques y principalmente de la explotación de hidrocarburos como del gas de Camisea que contamina los ríos, el aire y los suelos. Algunos grupos étnicos consideran que estas empresas se han introducido en sus ecosistemas tradicionales y que los están alterando gravemente, como es el caso del reciente derrame de gas.^{iv}

Es posible que las otras actividades económicas en estas zonas a gran escala no estén siendo adecuadas ni suficientemente supervisadas por el Estado ni por las mismas empresas explotadoras en su impacto ambiental.^v

C. CAP SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

En estas poblaciones la sexualidad está profundamente unida a la reproducción. Las personas, especialmente las mujeres están sanas en estos aspectos cuando pueden tener hijos, cuando no tienen enfermedades o dolencias genitales. Ellos reconocen que existen algunas infecciones genitales que afectan el bienestar de las parejas. El tener hijos es un signo importante de la salud en la mujer; la menarquía es considerada como una etapa especial pero no como una enfermedad.

El concepto de masculinidad lo asocian a la capacidad procreativa y al número de hijos que tienen; igualmente una mujer también es valorada socialmente en función de su capacidad reproductiva.

Algunas personas refieren que en el varón puede presentarse impotencia sexual y por ello es conocido en la zona el uso del “para para” y el “achuri”.

La etapa de la gestación en la mujer no implica una atención especial o cambio de sus rutinas, aunque sí en la prohibición de consumir algunos alimentos y la preferencia de otros como el palmito y la yuca. Los intentos a través del personal de salud, los promotores de salud y parteras para el uso de métodos anticonceptivos por parte de la población en general han sido poco aceptados según las expresiones de los mismos agentes de salud: La razón que dan es que se necesita tener más hijos para el sostenimiento y sobrevivencia de la comunidad. “Si no hay niños nos quitaran la escuela” suelen decir.

LA CONVIVENCIA

La conformación de parejas generalmente no sigue un ritual social como el enamoramiento, el consentimiento de los padres, formalidades o mecanismos legales; suelen ser relaciones de hecho, impuestas y decididas por un varón, el cual toma a una mujer disponible. Esta disponibilidad implica que la mujer ya menstrúe y que no tenga otra relación de pareja sólida.

Considerando que la edad de la menarquia suele iniciarse a los 14 años y que el varón es frecuente adulto e incluso con otra pareja e hijos, existen muchos años de diferencia con la adolescente. Estas uniones son provocadas a veces por una especie de seducción donde son más hábiles los hombres adultos, con mayor experiencia social, que puede atraer a las adolescentes con regalos o un trato halagador.

Existen comunidades donde el jefe de la comunidad tiene que aceptar esta unión, siguiendo algunos criterios o reglas sociales tradicionales, lo cual legitima la convivencia de la nueva pareja.

En otras ocasiones las adolescentes se inician sexualmente o se embarazan en el periodo que intentan estudiar en alguna escuela. Estos estudian exigen en muchos casos que la adolescente se traslade a vivir durante el periodo escolar en otro pueblo, más urbanizado y agresivo para una adolescente que proviene de comunidades más tradicionales. Las adolescentes que se embarazan durante el periodo escolar en la mayoría de ocasiones son retiradas del colegio por su familia y llevadas a sus comunidades de origen.

DERECHOS SEXUALES: “A VECES NOSOTRAS NO QUEREMOS”

Los derechos sexuales y reproductivos no son reconocidos como tales. Las vivencias de hombres y mujeres en estos aspectos son percibidas como naturales, muy privadas y cargadas de pudor.

Desde una perspectiva ética encontramos que el dominio o machismo en las relaciones de pareja es profundo. Además de ser el varón el que elige a una mujer, él dicta la vida sexual y consecuentemente la reproducción.

Incipientemente se percibe que son las mujeres de las zonas urbanizadas las que muestran interés en el control de la natalidad con los métodos modernos que ofrece el Ministerio de Salud.

El dominio del varón está fundamentado en que él tiene la función de alimentar a la familia, lo cual puede implicar introducirse en el monte durante varios días en condiciones muy difíciles de vida.

Las mujeres generalmente permanecen en la vivienda, sus ocupaciones se relacionan principalmente a la atención del esposo, al cuidado de los hijos y los animales domésticos; los cuales en general no requieren de grandes cuidados. Por ejemplo en algunas comunidades las madres recogen algunos alimentos cultivados y cocinan solamente en el momento que tienen hambre y si los niños ya pueden caminar y alimentarse solos, lo harán si tienen hambre, tomando los alimentos directamente de la olla, no existen horarios de alimentación ni una frecuencia regular.

PROBLEMAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Los asuntos de la sexualidad son poco reconocidos como problemas y menos aún discutidos con otras personas, por ello desde una posición externa podemos destacar los siguientes:

- Inicio precoz de la vida sexual y reproductiva en las mujeres.
- Promiscuidad sexual determinada por la conducta de los varones.
- No existe responsabilidad paterna y materna suficiente (desde nuestro concepto, pues ellos piensan que dándoles alimento, cierta protección y enseñándoles lo necesario para vivir, son buenos padres)
- Inequidad de género.

Existen algunos casos de violencia hacia la mujer, que incluso ha llevado a que la mujer abandone el hogar y se establezca en otra vivienda o con otra pareja. En algunos casos, debido a su gravedad según los criterios sociales y culturales de la cada comunidad, los problemas familiares han sido discutidos en asamblea de la comunidad, presidida por el jefe de la misma y aquí es donde se han tomado acuerdos sobre cuál debe ser la conducta de una pareja o alguno de sus miembros.

En estas poblaciones se encuentra que sí han recibido información del personal de salud sobre la necesidad de consumir más carnes durante la gestación; pero refieren no hacerlo porque sus esposos no logran cazar en el monte o pescar suficientemente; pero la razón más importante que define su alimentación en esta etapa son sus creencias culturales.

ACTITUDES HACIA LA EDUCACIÓN SEXUAL

Existe una concepción natural de la sexualidad y por esta razón en general no ven la necesidad de una educación sexual, más sí tienen la necesidad y curiosidad por aprender de estos temas siendo esta necesidad poco expresada posiblemente por pudor. En los casos de respuestas singulares frente a la posibilidad de recibir mayor información sexual, algunos varones rechazaron que se enseñe a las mujeres porque esto podría tener otras intenciones.

Una educación básica dirigida especialmente a los niños y adolescentes sí fue aceptada, proponiendo que sea sobre aspectos biológicos del desarrollo y anticoncepción. Su actitud es que esta educación podría darse por los profesores de las escuelas y el personal de salud, sugiriendo algunos solicitar el apoyo de la "misión".

D. CAP SOBRE HABILIDADES PARA LA VIDA

VIDA COMUNITARIA: "COMPARTIR", "TENER LO BÁSICO"

Las actitudes respecto a la vida comunitaria proponen que debe ser de amistad y de colaboración, lo cual se estimularía con "más visitas entre las familias". Un valor común en sus expresiones es el compartir sus bienes y ayudarse.

Reconocen la necesidad que no haya vicios y que el trato sea amable entre vecinos lo que permitiría un ambiente social de tranquilidad.

Los pobladores con más contacto con zonas urbanas opinaron que una vida comunitaria satisfactoria requiere que se disponga de escuelas, servicios de salud, letrinas, baños, entre otros. Reconocen que todo ello implicará cambios sociales profundos, pero que serían necesarios.

VALORES SOCIALES: "SABER MITAYAR"

Los valores sociales que conceptúan como los más importantes a conservarse, respetarse y enseñarse a los hijos son principalmente la solidaridad o colaboración entre los miembros de la comunidad y el compartir. Esta actitud ética se evidencia objetivamente y es ancestral entre las comunidades machiguengas y amazónicas en general y suele tener la forma de trabajos comunales para el bien colectivo, dentro de ellos la caza o mitayo, cuyos productos se comparten.

También conceptúan que una persona debe aprender a realizar trabajos manuales o artesanales de necesidad personal y familiar como son las confecciones de cushmas. Los padres enseñan a sus hijos varones el arte de pescar, mitayar, hacer una casa; de igual manera la madre o abuela enseña a la hija o nieta, en un ritual durante el periodo de

claustro que tiene al iniciar la menarquia, a hilar el algodón, a preparar masato, a pescar con hilo y anzuelo, a preparar algunos alimentos, entre otras artes.

Los valores que rechazan son el que se piense sólo en la satisfacción del momento, que se asocia a la pereza, en el sentido especialmente de la responsabilidad hacia las necesidades básicas. Por ello una persona tiene que dedicar un tiempo suficiente para la caza, la pesca, a arreglar o fabricar su casa o el techo de la misma. Otros valores que destacan se refieren a no robar ni mentir, especialmente dirigidos a los hijos.

Rechazan también la agresividad de algunos hombres, la "chismografía" y el tergiversar los hechos al comentar o contar algo entre las mujeres. Reconocen que de manera preocupante hay personas que se dedican al "masateo" o embriagarse por varios días y sin control, que lo describen como un exceso de fiestas y un vicio.

ACTIVIDADES RECREATIVAS Y CULTURALES

En general hay poca dedicación al deporte y a las actividades artísticas. El deporte que más practican por diversión es el fútbol entre los varones y muy escasamente el voley entre las mujeres. Es raro encontrar personas que practican la música o la pintura. Algunas mujeres confeccionan collares, pulseras, cushmas y otros objetos para intercambiar con otros productos.

En algunas comunidades con mayor contacto urbano, practican el fútbol de manera más organizada dentro de las actividades de diversas instituciones, del sector educación o salud e incluso de la Misión.

E. CAP SOBRE PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y CULTURA DE PAZ

EDUCACIÓN DE LOS HIJOS EN EL HOGAR

Sobre estos aspectos no encontramos una concepción especial o racionalizada, pues dejan a los niños con bastante libertad para que hagan lo que espontáneamente deseen hacer durante el día. El sentido de la educación lo asocian con una función de la escuela formal

En la edad oportuna todos los niños son educados por sus padres en las tareas que tendrán que realizar como miembros de la comunidad, así, les enseñan las técnicas de pesca, de caza y recolección.

EDUCACIÓN FORMAL

Se percibe un creciente reconocimiento de la necesidad de asistir a la escuela, aprender a leer y escribir; pero dan prioridad en esta educación a los varones. Esta necesidad estaría directamente relacionada con la dinámica de las ciudades y la economía de mercado dominante. En varios casos los jóvenes deben migrar a pueblos más grandes para poder estudiar, pero el contacto con estas zonas suele incentivarlos para obtener algún trabajo, particularmente en construcción civil y provoca que abandonen los estudios. Es posible observar actualmente que en algunas comunidades el índice de masculinidad es muy bajo pues los jóvenes varones han inmigrado.

Algunas familias han percibido que la educación formal es el canal para su introducción en la dinámica económica y social que se va instalando en algunos pueblos y por ello incentivan a algunos de sus hijos para que continúen los estudios y con ellos alcanzar algunos cambios y nuevas perspectivas, que lo expresan diciendo que lo que aprenden en la escuela deben enseñarlo a los demás.

PROBLEMAS FAMILIARES

La etapa de la adolescencia es también aquí cuando se presentan las mayores tensiones y discusiones entre padres e hijos, lo que lleva a veces a que los hijos huyan del hogar hacia otras comunidades e incluso lo pueden hacer con una pareja de convivencia, la cual suele separarse poco tiempo después por incompreensión especialmente.

En otras familias más conectadas con las urbes, se identifica como problema entre los hijos el embarazo precoz no deseado. Algunos jóvenes de ambos sexos practican el llamado "gateo" nocturno que consiste en reunirse de noche y a escondidas, para tener relaciones sexuales. Los padres no ejercen un control muy fuerte hacia sus hijos y estos tienen bastante albedrío para decidir sobre su vida.

Entre los padres podemos observar con frecuencia la infidelidad del varón y los celos que suelen causar discusiones. La infidelidad es sancionada socialmente cuando afecta las responsabilidades hacia la familia original, pero es bastante extendida y soslayada cuando es "oculta".

También hay tensiones en algunas familias por las necesidades materiales para mantener a los hijos, más aún cuando tiene dos hogares, lo que exige al padre a hacer mayor esfuerzo para proveer los alimentos.

VALORES EN LAS FAMILIAS

Los valores más importantes que se reconocen en las familias son los mismos que los comunales; destaca principalmente la colaboración entre sus miembros, el compartir los alimentos, la solidaridad; se apoyan cuando lo necesitan, respetan la palabra y se visitan frecuentemente. Estas visitas no sólo se dirigen a los vecinos o familiares de la misma comunidad sino a familiares de lugares distantes, que implica varios días de viaje y el quedarse por varios meses.

Una percepción externa puede interpretar como que existe cierta pasividad entre estas poblaciones pues no se interesan prioritariamente por tener mayores ingresos o bienes, por su actitud contemplativa de la vida y la naturaleza, por la confianza en que de ser necesario, otros los ayudarán en sus necesidades. Estos conceptos se han explicado más ampliamente en el capítulo anterior del presente informe.

El acercamiento a la vida social de las urbes más comerciales y el ingreso económico en efectivo, estaría introduciendo el consumo de bebidas alcohólicas, especialmente de algunas con alcohol tóxico, como son los llamados "trago", "cañazo", "caspirucho". Este creciente vicio está modificando los valores tradicionales en las familias y convirtiéndose en un problema social creciente.

El atractivo que genera entre algunos jóvenes las posibilidades de trabajo remunerado en ciudades más grandes provoca la desintegración familiar y sentimientos de desarraigo entre familiares; por estas razones se puede evaluar que muchos pobladores no tienen mayor interés en conocer o viajar hacia ciudades más grandes como Quillabamba y el mismo Cusco.

LIDERAZGO

Actualmente para los cargos directivos se prefieren a las personas mayores de edad, que tengan algún nivel de instrucción, que tengan experiencia y sepan expresar las necesidades de la comunidad.

Debido a los nuevos problemas que van teniendo las comunidades nativas con los límites, la propiedad y el uso del territorio donde viven ancestralmente y de donde se alimentan; encuentran necesario que sus dirigentes conozcan de leyes para defender sus derechos y también que hablen el español.

F. CAP SOBRE PARTICIPACION COMUNITARIA EN SALUD

El contacto de las comunidades machiguengas con los servicios oficiales de salud se ha incentivado con la conformación del equipo ELITE de salud, que ofrece atenciones de salud integrales, destacando la prevención y promoción de la salud en las poblaciones más periféricas y no contactadas. Parte de estas actividades ha sido la captación, capacitación y monitoreo de promotores de salud y parteras.

La acción educativa se realiza directamente durante los controles y atenciones de salud, donde se promueve conductas adecuadas integrales familiares y del ambiente. En algunos equipos ELITE sus miembros han logrado aprender algunas lenguas nativas, lo que facilita y enriquece la comunicación.

La capacitación de los agentes comunitarios de salud tiene un amplio contenido temático pero destacan los aspectos de saneamiento ambiental básico, enfermedades comunes y prevención.

El enfoque metodológico de estas actividades educativas se dirige a enfrentar "algunas creencias que deben superarse"^{vi}, refieren que "Se dio charlas y orientaciones a las familias en las visitas domiciliarias... con lo cual se busca mejorar los niveles de vida de la población".^{vii} Lo interesante de estas actividades es que se informa que "... se nota un cambio en las conductas de las familias en relación en su alimentación y conductas de vida, sin embargo cabe señalar que los cambios son lentos y los resultados se apreciarán en un periodo de largo plazo." Pensamos que aquí hay necesidad de una mayor discusión conceptual y ética del enfoque de interculturalidad que deben tener el trabajo en general de salud, en poblaciones con formas culturales diferentes y tradicionales.

Desde un enfoque pasivo de la participación comunitaria en salud, los informes que se han recogido y revisado de los resultados de las actividades educativas del sector salud, con el apoyo de los promotores de salud, indican que "existe un incremento en el porcentaje de niños de 6 a 23 meses que reciben alimentos ricos en hierro más de 3 veces a la semana de 24% a 84%, entre un primer y segundo control (tiempo entre controles de 4 a 6 meses), habiendo mediado entre ellos consejería intramural"^{viii}

Se puede estimar que el 90% de la población que se encuentra en las comunidades donde se ubican los Puestos y Centros de Salud se atiende en estos servicios,²⁸ lo que no descarta que también acudan a los servicios de curanderos tradicionales y a la automedicación tradicional. Las comunidades relativamente lejanas son visitadas esporádicamente por el personal de salud de los establecimientos correspondientes.

Las comunidades más alejadas, de las cabeceras de ríos, las seminómades e incluso las llamadas "no contactadas" reciben la atención de los equipos de ELITE de salud, estrategia que implica también la capacitación de promotores de salud comunitarios y parteras para que puedan realizar algunas atenciones básicas, atenciones de emergencia, administración de medicamentos, diversos controles y referencia de pacientes.

Estas actividades las realizan los promotores de salud y parteras de manera gratuita, lo cual es sentido por ellos como una desventaja pues implica postergar sus tareas familiares y en ocasiones reciben grandes responsabilidades y presiones de la población para que les resuelvan los problemas de salud e incluso con la entrega gratuita de medicamentos que son para la venta. Se exige que el promotor de salud esté siempre disponible y que tenga todos los medicamentos necesarios.

Los promotores de salud generalmente son varones y las parteras suelen ser mujeres, con cierto grado de legitimidad en su elección dentro de la comunidad, donde inicialmente se reconoció su función e importancia, lo cual no ha guardado coherencia posteriormente, pues les exigen que cumplan las mismas funciones comunales de todos y no necesariamente los escuchan o responden a sus indicaciones. Refieren que existe mayor

compromiso e interés por las tareas y problemas comunales, que por la conservación de la salud.

El personal de salud que tiene mayor contacto con estos agentes comunitarios, que los capacita y supervisa, son los miembros de los equipos itinerantes ELITE de salud; por estas razones, el promotor de salud resulta ser más una extensión del pensamiento moderno, que puede entrar en conflicto con el tradicional y nativo, el cual resulta ser muy resistente al cambio, lo cual es evaluado como negativo o como una limitación para las metas de salud oficiales.

Anualmente el personal de algunos establecimientos de salud, en coordinación con otras instituciones, organiza cursos de capacitación para los agentes comunitarios. Algunos informes dados por el personal de salud tienen una evaluación optimista sobre el desarrollo e impacto de estos cursos, como que estas actividades tienen sede las mismas comunidades y que ellas intervienen en definir los temas y las tareas que ha de cumplir el promotor de salud, lo que da viabilidad para que cumpla su función. Se espera que los agentes comunitarios repliquen en sus comunidades lo aprendido en los cursos, pero ello es percibido de manera frustrante y pesimista por parte de los agentes comunitarios, pues la comunidad y los mismos líderes comunales, muestran poco interés por escucharlos y menos por acceder a sus recomendaciones.^{ix}

A pesar de los esfuerzos desde el personal de salud, las organizaciones auspiciadoras y los mismos agentes comunitarios, resulta un gran esfuerzo la capacitación, pues estos agentes deben hacer largos viajes y postergar sus responsabilidades familiares. Los temas que generalmente son tratados en los cursos se refieren a las enfermedades y riesgos prevalentes en la zona como son: enfermedades metaxénicas, tuberculosis, enfermedades diarreicas, enfermedades respiratorias agudas, control de gestantes, inyectables, manejo de algunos medicamentos, procedimientos para el manejo de muestras para laboratorio, higiene personal y ambiental, atención del recién nacido, controles vitales, suturar heridas.^x Pero existen temas que reconocen ser muy difíciles de aprender.

El idioma es una dificultad para la comunicación con el personal de salud, que habla casi exclusivamente el español, y la mayoría de agentes comunitarios no lo habla suficientemente y pueden ocurrir confusiones en el mensaje; la dificultad se hace mayor si consideramos que existen muchas lenguas características de cada grupo étnico.

V. CONCLUSIONES

1. Las concepciones, actitudes y prácticas de salud son diferentes en función del carácter tradicional de la población o al mayor contacto con los centros urbanos y el mercado. En varios casos la población tiene información sanitaria dada por el personal de salud, pero no se expresa en prácticas coherentes.

Las concepciones sobre la salud se asocian a la posibilidad de trabajar, a no tener una enfermedad o dolencia física y tener un buen estado de ánimo.

Los alimentos se conceptúan como fuente de energía, siendo los más valorados las carnes de pescado y de mamíferos cazados en los montes. La dieta diaria se basa en la yuca y el plátano, que son cultivados en huertos familiares. La alimentación se complementa con diversos productos de la recolección, pero que cada vez son más escasos. Un alimento es ingerido por el valor nutricional, un significado cultural que le asignan y su sabor, no realizan una higiene adecuada de los mismos. La carne es expuesta sin protección y cuando hay excedentes se ahuma.

Los niños reciben lactancia materna hasta los 2 años, no suelen recibir el calostro de la leche. Es frecuente la ablactancia con la yuca y el plátano, incluso del masato fermentado, desde los 4 ó 6 meses de edad.

La introducción de programas alimentarios es informado como exitoso, pero se ha encontrado gran confusión y uso inadecuado en la población.

Existen restricciones para ingerir algunos alimentos, especialmente durante la gestación, periodos de enfermedad y cambios biológicos como la menarquia, la creencia más crítica es la que evita comer carnes a la gestante.

En las poblaciones más urbanizadas están cambiando las costumbres alimenticias con la introducción de productos manufacturados y comerciales.

2. La sexualidad y la salud están profundamente unidas a la reproducción. Reconocen que existen algunas infecciones genitales que afectan el bienestar de las parejas. No aceptan el control de la natalidad porque se conceptúa que se necesitan a los hijos.

La convivencia es una relación de hecho, impuestas y decidida generalmente por el varón, el cual toma a una mujer disponible porque ya menstrua y no tiene otra relación, a veces esta convivencia debe ser consentida por el jefe de la comunidad. Los varones suelen ser bastante mayores en relación con las mujeres.

Los derechos sexuales y reproductivos no son reconocidos como tales, existiendo gran dominio del varón. Los roles de género están claramente divididos, donde el varón provee los alimentos de la caza y la mujer cuida del esposo, los hijos y la huerta familiar.

Los problemas identificados externamente son el inicio precoz de la vida sexual y reproductiva, la promiscuidad sexual de los varones y no existe responsabilidad paterna.

Hay poco interés por la educación sexual y cuando se acepta se sugiere que debe ser sobre aspectos biológicos y el desarrollo, temas que deberían ser ofrecidos por los profesores o el personal de salud.

Los valores más importantes y objetivos son el compartir sus bienes y ayudarse. Rechazan vicios como el alcohol, la agresividad y la pereza. Los pobladores con más contacto urbano sugieren que se necesita de escuelas, servicios de salud, baños y agua domiciliaria.

Practican poco el deporte y algunos realizan artesanías.

Los niños son educados con bastante libertad y a una edad adecuada les enseñan las artes domésticas y las necesarias para el trabajo. Hay creciente reconocimiento de la necesidad de asistir a la escuela, aprender a leer y escribir; pero dan prioridad en esta educación a los varones.

Existen tensiones entre los padres y los hijos adolescentes que puede llevar a que los hijos abandonen el hogar. Entre esposos se identifica como problemas los celos e infidelidad del marido.

3. Una vivienda es adecuada si tiene materiales resistentes, es amplia y dispone de los recursos para la subsistencia como herramientas y el agua; las familias migrantes suelen tener una vivienda en los lugares a dónde se trasladan. La higiene de la vivienda no es percibida como importante y tampoco es una práctica regular. Las actitudes hacia una mejor vivienda tienden a exigir materiales como la madera, el techo de calamina y la disponibilidad de agua domiciliaria. Generalmente la familia está compuesta por 6 a 8 miembros y todos duermen en sólo ambiente.

La higiene que realizan tiene un sentido más recreativo, estético y de comodidad antes que sanitario; el baño del cuerpo es ligero y esporádico. En las comunidades más urbanizadas se percibe mayor información y prácticas de higiene personal.

Según sus concepciones el agua se puede beber cuando está clara y transparente y no tiene mal olor; se ingiere cruda y pocos lo hierven. Se recoge del río y se conserva en recipientes generalmente sin protección.

Las excretas se disponen a campo abierto, no ha sido eficaz la introducción de las letrinas por defectos en la técnica de su uso.

4. Los cargos directivos son ocupados por los mayores de edad, con algún nivel de instrucción, hablen español, que tengan experiencia y sepan expresar las necesidades de la comunidad.

La comunidad accesible a los servicios de salud los usa en gran porcentaje y reciben educación sanitaria por este medio. Los sectores más lejanos reciben la atención de los equipos itinerantes ELITE de salud, los cuales dan atención integral.

La captación y capacitación de promotores de salud y parteras comunitarios es una estrategia reconocida como de alto valor porque tienen mayor comunicación con la comunidad; pero su eficacia es limitada por que les significa grandes responsabilidades y esfuerzos que no son remunerados, la población en general no acepta sus indicaciones por otras prioridades y criterios culturales.

Alejandro Vela Quico

arcanoale@gmail.com

www.arcanoale.blogspot.com

Médico cirujano, licenciado en Antropología, doctor en Medicina, magíster en Salud Pública, magíster en Filosofía, profesor principal de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín UNSA y profesor de postgrado de la Universidad Católica Santa María UCSM, Arequipa Perú.

Arequipa, Perú, agosto 2011

BIBLIOGRAFÍA

1. BEALS Ralph y Harry HOIJER: Introducción a la Antropología. Editorial Aguilar., Madrid 1968.
2. CACERES, Efraín: Si Crees, los Apus te Curan. Centro de Medicina Andina. Cuzco 1989.
3. COLOMBRES, Adolfo: Manual del Promotor Cultural, Bases teóricas de la acción. Editorial Humanitas, 2da. Edición, BB. AA. 1992.
4. DEGREGORI, Carlos I.: No hay País más Diverso, Compendio de Antropología Peruana, IEP, Lima 2001
5. DASCAL, Marcelo (Compilador): Relativismo Cultural y Filosofía. Perspectiva norteamericana y latinoamericana. UNAM, 1ra. edición, México 1992.
6. FIGUEROA, A., ALTAMIRANO, T., SULMONT, D.: Exclusión Social y Desigualdad en el Perú. IIEL, OIT. 1ra. Edición. Lima 1996.
7. GALINDO Cáceres, Luis J.: Técnicas de Investigación en Sociedad, Cultura y Comunicación. México, 1998
8. GOOD, Byron J.: Medicina, racionalidad y experiencia, una perspectiva antropológica, ediciones Bellaterra, España 2003
9. PALOMINO, Nancy: Sexualidad y Salud: Una metodología educativa para mujeres. Edición Flora Tristán Lima – Perú 2003.
10. PEDERSEN, Duncan: Salud y Culturas Médicas Tradicionales en la América Latina y el Caribe. En Arinsana, Nro. 4, Cusco 1986.

11. PHILLIP Kottak, Conrad: Antropología, Una Exploración de la Diversidad Humana con temas de la cultura hispana. 6ta. Edición, Lavel S. A. España 1994
12. MINSA/DISA Cusco: La Alimentación en Gestantes y Niños menores de 5 años desde una perspectiva emica. Caso machiguengas de las comunidades nativas de Segaskiato, Cashiriari, Mapayo y Camaná. Cusco 2004.
13. MINSA/DISA Cusco: La Alimentación en Gestantes y Niños menores de 5 años desde una perspectiva emica. Caso: Ashaninkas y Caquintes de las comunidades nativas de Pamencharoni, Kitepampani, Taine, Tangoshiari y Koshiri. Cusco 2004.
14. MINSA/DISA Cusco: Las Enfermedades Respiratorias Agudas desde la perspectiva Matsiguenga. Cusco 2003
15. MINSA/DISA Cusco: Aspectos del Ciclo Reproductivo de la Mujer Kirineri y Nanty. Cusco 2004.
16. MINSA/DISA Cusco: Las Enfermedades Respiratorias Agudas desde la perspectiva Campa, Ashaninka y Nanty. Cusco 2003
17. MINSA/DISA Cusco: Cursos de Capacitación y Actividades de Salud: Una Mirada desde la perspectiva de los agentes comunitarios de salud. Cusco 2003
18. MINSA/DISA Cusco: Valoración de los Hijos, temores y usos de Métodos Anticonceptivos modernos entre los Ashaninka. Cusco 2002.
19. MINSA/DISA Cusco: Ashaninkas y Caquintes: Aspectos Socioculturales y Saneamiento Ambiental Básico. Cusco 2004.
20. MINSA/DISA Cusco: Matshiguengas y Nantys: Aspectos Socioculturales y Saneamiento Ambiental Básico. Cusco 2004.
21. MINSA/DISA Cusco: Saneamiento y Prácticas de Higiene en Comunidades nativas Campa Ashaninka y Campa Caquinte. Cusco 2003.
22. MINSA/DISA Cusco: Las Enfermedades Diarreicas Agudas desde la perspectiva Nanty y Matsiguenga. Cusco 2003
23. MURRA, John V.: El Mundo Andino, población medio ambiente y economía. PUCP, IEP, Lima 2002.
24. ROERSCH, Carles; HOOGTE, Liesbeth van der; TAVARES DE ANDRADE José María: La Medicina Tradicional en Sistemas Formales de Salud, Centro de Medicina Andina, Cusco 1989.
25. ROVERE, Mario: Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. OPS/OMS, Washington, 1993.
26. TAYLOR, Charles: El Multiculturalismo y “La Política del Reconocimiento”. Fondo de Cultura Económica. México 1993.
27. UPCH/FASPA: Curso Metodologías Cualitativas para la Investigación en Sexualidad, Reproducción y Salud. Lima, 2004.
28. Vicariato Apostólico Pto. Maldonado: Diagnóstico Integral del Bajo Urubamba. Sociocultural – Nutricional –Agropecuario – Comercial. Convenio Vicariato Apostólico Pto. Maldonado, Plus Petrol Perú Corporation S. A. Lima 2003

NOTAS

ⁱ www.peruecológico.com.pe, consulta 18/01/06

ⁱⁱ En el diagnóstico del Vicariato, de una muestra al azar de 17 viviendas se encontró que sólo una de ellas había 3 personas por vivienda, 4 tenían de 4 a 6 personas, 5 tenían de 7 a 9 personas y 7 viviendas tenían de 10 a 12 personas.

ⁱⁱⁱ Informe citado, p. 27

^{iv} “Las Comunidades nativas del Bajo Urubamba, en el Cusco, afirman que sí existió una importante contaminación durante el derrame de gas, producido el 22 de diciembre del año pasado, en la quebrada Kemariato, distrito de Echarate.” Diario El Comercio 08/01/06

^v “Pueblos Indígenas con el apoyo de las organizaciones nacionales e internacionales ecologistas y de derechos humanos realizaron un llamado al BID para que realice una auditoria socio-ambiental independiente sobre el proyecto de gas de Camisea antes que se firme el contrato del préstamo. Las denuncias de los indígenas se basan en los serios problemas de destrucción ambiental incluyendo los deslizamientos masivos de tierra, la destrucción de ríos y quebradas, la desaparición de los recursos de pesca y caza de las comunidades de la región de Urubamba” Tomado del Portal Peruano Ambiental, consulta 20/01/06

^{vi} MINSA/DISA Cusco: La Alimentación en Gestantes y Niños menores de 5 años desde una perspectiva emica. Caso machiguengas de las comunidades nativas de Segaskiato, Cashiriari, Mapayo y Camaná, Cusco 2004. (Resumen p. 1)

^{vii} Ibid, p. 1

^{viii} Ibid, p. 27

^{ix} Cursos de Capacitación y Actividades de Salud: Una Mirada desde la perspectiva de los agentes comunitarios de salud, Ver Bibliografía, pp. 42 – 45

^x MINSA/DISA Cusco: Cursos de Capacitación y Actividades de Salud: Una Mirada desde la perspectiva de los agentes comunitarios de salud. Ver bibliografía