

DIFERENCIA DE GÉNERO EN LA ADQUISICIÓN DE LA LEISHMANIASIS SELVÁTICA: CASO DEL VALLE KOSÑIPATA, CUSCO

Clara Cárdenas Timoteo
Alejandro Llanos-Cuentas

Como explica el título, este estudio demuestra las diferencias en la adquisición de Leishmaniasis ("uta") en los géneros, específicamente en la selva alta del Cusco, Valle Kosñipata. Las diferencias aludidas se explican por los roles económicos atribuidos a cada sexo. La valía del presente documento, a parte de la importancia del caso estudiado, está en llamar la atención sobre la importancia de la perspectiva de género en el estudio de las enfermedades, teniendo presente también que los primeros cuidados de salud en la familia están a cargo de la Mujer.

This study shows the differences in the acquisition of Leishmaniasis (*uta*) according to gender, especially in the high rainforest of Cusco, in the Kosñipata Valley. The differences are due to the different economic roles of each sex. This work also points out the importance of the gender perspective in the study of illness because of the fact that women are usually the ones most involved in health care within the family.

INTRODUCCION

Analizar un determinado aspecto de la realidad desde la perspectiva de género, implica más que destacar a la mujer en sí, dirigir la atención a la desigualdad entre ella y el varón, al efecto de tal desigualdad en su desarrollo y a las fuerzas que perpetúan o ayudan a modificar tal situación.

Teniendo en cuenta esta perspectiva, un rápido enfoque de la situación de salud, permite visualizar algunos aspectos saltantes referidos a cómo se da y cómo se entiende la salud de la mujer, en comparación al hombre.

Los planes y programas de salud destacan, principal y prioritariamente, la función reproductora de la mujer y los estados vinculados a la maternidad y atención del niño, en detrimento de los problemas específicos de salud de la mujer, (como las enfermedades tropicales por ejemplo), que están relacionadas al trabajo que desempeña y a momentos de su vida que no necesariamente corresponden con su edad fértil

Con frecuencia se suele ignorar que las mujeres en países como el Perú no solamente cumplen un rol reproductivo, sino también productivo (ayudando a la economía familiar) y además de gestión comunitaria, todo lo cual implica un sobre-esfuerzo y un desgaste vital, que suele no tenerse en cuenta cuando se interpreta el problema de salud de la mujer y peor aún cuando se elaboran acciones preventivo-asistenciales.

Si "bajamos a tierra firme", la definición de salud dada por la OMS, es decir si traducimos en términos concretos de vida cotidiana aquel "estado de bienestar físico, mental y social del individuo" se tendrá que la salud implica un trabajo diario para producirla: alimentación adecuada (que significa provisión y procesamiento de alimentos), obtención de agua y combustible, higiene, cuidados de niños pequeños, atención de enfermos, soporte afectivo, etc.

En estas definiciones de salud "se olvida que la salud es una producción, que se da un proceso de hacer salud diariamente" (Paredes, Ursula, 1987) y que en la mayoría de hogares del mundo estas actividades están a cargo principalmente de mujeres.

Teniendo en cuenta lo anterior: ¿Cómo está considerada la participación de las mujeres en los planes y programas de salud?

Al respecto se reconocen dos posiciones :

- a) su situación y participación es "invisible". Cuando se habla de "la comunidad", "el pueblo", los "pacientes", la "población"; no se reconocen las diferencias que existen al interior de esas categorías y se asume que hombres y mujeres son iguales

No se recogen datos diferenciados por genero, no se reconocen problemas específicos de mujeres, no se considera su participación en niveles de desición.

- b) la otra posición reconoce el "papel fundamental que poseen las mujeres en materia de salud" y por tanto se las utiliza .

Se les exige participación según esquemas impuestos recargándoles su ya agotadora actividad diaria ,las propuestas de trabajo son generalmente en relación a la salud infantil y familiar sin considerar que éllas tienen sus propias necesidades de salud; además en el diseño de estas propuestas generalmente no se escucha a las mujeres que las ejecutarán.

Estas dos posiciones no permiten visualizar a la mujer como sujeto de derecho a su propia salud, ni tampoco que es necesario cambiar la situación de la mujer para lograr salud para ellas mismas . Debe buscarse no sobrecargar sus tareas y establecer mecanismos de consulta y participación de mujeres en todos los niveles de desición.

ADQUISICION DE LEISHMANIASIS SELVATICA DESDE LA PERSPECTIVA DE GENERO: CASO DEL VALLE DE KOSÑIPATA

Kosñipata es una zona receptora de migrantes andinos. Entre junio y diciembre de 1993 se realizó en este valle una encuesta epidemiológica de tipo censal, así como un reconocimiento de tipo antropológico, que abarcó a siete comunidades del valle.

El censo cubrió a un total de 1901 habitantes y constituye la muestra de un estudio en actual ejecución del cual hemos tomado algunos resultados para analizarlos a la luz de la diferencia por sexo.

Esta muestra representa el 58.5% de la población total del distrito que para 1990 era de 3,249 habitantes (Censo Centro Salud Pilcopata).

A) CARACTERISTICAS GENERALES DEL AREA

- Ubicación geográfica

El valle de Kosñipata se ubica en el distrito del mismo nombre, provincia de Paucartambo, en el departamento de Cusco. Tiene una extensión de 3565.78 Km² (INEI)

Su altitud varía entre los 3,500 msnm hasta los 570 msnm, la grupos humanos que pueblan el distrito se ubican entre los 773 y 570 msnm, su temperatura promedio es de 23 grados centígrados. Está clasificada como zona de Selva Alta.

El distrito tiene un total de 24 comunidades o caseríos. La mayoría de estas comunidades tienen un patrón disperso de asentamiento, distantes entre sí de 1 a 5 km., lo que dificulta el proceso de organización de sus habitantes y por ende la capacidad de convocatoria.

La principal vía de acceso a la capital de distrito, es la carretera afirmada (con tramos en pésimo estado) que parte de Cusco y atraviesa todo el distrito en dirección a Madre de Dios. El tránsito por esta carretera es sumamente difícil en épocas de lluvias. El transporte usual son camiones de carga.

Dentro del valle las vías de acceso entre las comunidades están constituidas mayormente por caminos de herradura (en menor proporción se encuentran las comunidades cuyo acceso es por canoa, "oroya" vado a pie). No existe ningún tipo de telecomunicación a excepción de mensajeros.

- Organización Social

En las 7 comunidades estudiadas habitan un total de 360 familias, siendo 6 el número promedio de miembros por familias. El Cuadro N° 01, muestra el número total de población distribuida según sexo.

La población actual es producto de olas migratorias procedente de departamentos serranos principalmente: Cusco, Puno, Apurímac. Las olas migratorias se incrementaron a partir de 1940 en que la carretera de penetración llegó a Pilcopata, dando al valle la configuración de zona receptora de migración, en la que como es característico de estas zonas los hombres constituyen mas del 50% de la población, según indica el índice de masculinidad (1.15)

CUADRO Nº 01

**Población de las Siete Localidades Censadas del
Valle Kosñipata, Según Sexo**

MUJERES		HOMBRES		TOTAL		INDICE DE MASCULINIDAD (1)
n	%	n	%	n	%	
883	46.4	1018	53.5	1901	100	1.15

(1) razón entre el número de hombres y el número de mujeres.

Fuente: Encuesta Epidemiológica 1993.

Proyecto Sociales: 920681

Instituto de Medicina Tropical

"Alexander von Humboldt"

CUADRO Nº 02

**Población de Siete Comunidades del Valle Kosñipata por Sexo
y Grandes Grupos de Edad**

GRUPOS ETARIOS	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
menos 1	29	3.40	39	4.01	68	3.73
1 - 5	152	17.86	168	17.28	320	17.55
6 - 14	234	27.49	242	24.89	476	26.11
15 - 44	341	40.07	377	38.78	718	39.38
45 - 64	76	8.93	114	11.72	190	10.42
65 - +	19	2.23	32	3.29	51	2.79
TOTAL	851	100	972	100	1823	100

sin información =78 casos

Fuente: Encuesta Epidemiológica 1993.

Proyecto Sociales: 920681

Instituto de Medicina Tropical

"Alexander von Humboldt"

El Cuadro N° 02, muestra la composición de la población por grupos de edades.

Se trata de una población predominantemente joven, las edades se agrupan mayormente en el intervalo comprendido entre los 15 y 44 años, es decir en pleno período productivo y reproductivo. La disminución de la población entre 0 y 5 años podría estar hablando tanto de una baja tasa de fecundidad en la zona así como del desplazamiento de las familias.

En cuanto al nivel educativo (Cuadro N° 03), llama la atención que más de la mitad de la población censada (mayor de 6 años) tiene por lo menos un nivel de instrucción y por lo tanto está en condiciones de leer y escribir.

No obstante cabe aclarar que la encuesta no consideró el "analfabetismo funcional" es decir personas que habiendo asistido uno o más años a la escuela actualmente no saben leer y escribir por desuso.

En respuesta a su origen andino la mayoría (65%) de la población censada tiene como idioma el quechua junto con el castellano y esta es una característica similar tanto en hombres como en mujeres. (Ver Cuadro N° 04)

CUADRO N° 03

Nivel Educativo de la Población Mayor de 6 Años y más en las Siete Comunidades Censadas (en porcentajes)

NIVEL EDUCATIVO	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
NINGUNO	18.70	8.05	12.60
UN NIVEL O MAS*	86.37	91.94	87.39
TOTAL	100	100	100
numero casos	631	757	1420

* Sólo primaria o, primaria y más (secundaria, superior)

Fuente: Encuesta Epidemiológica 1993. Proyecto Sociales: 920681
Instituto de Medicina Tropical "Alexander von Humboldt"

B) LEISHMANIASIS EN EL AREA ESTUDIADA: ADQUISICION DIFERENCIAL POR SEXO

Kosñipata es considerada área de riesgo de Leishmaniasis Selvática, cutáneo-mucosa.

Los campesinos utilizan diferentes denominaciones para referirse a la enfermedad : "uta", "picadura de mosquito", "picadura de araña", "pujio" "ukuya" "mata viejo", "sulla uta". Pero en general la palabra más utilizada es "uta".

Igualmente son diferentes las clasificaciones que los pobladores hacen de la enfermedad. Estas clasificaciones se hacen en referencia al tamaño, forma, color de la lesión en la piel.

CUADRO N° 04

Distribución de la Población Censada según Sexo e Idioma Hablado

IDIOMAS	MUJERES		HOMBRES		TOTAL
	N	%	N	%	
ESPAÑOL	253	29.28	297	30.09	550
QUECHUA	41	4.74	20	2.02	61
ESPAÑOL/QUECHUA	557	64.46	648	65.65	1205
ESPAÑOL/AYMARA	4	0.56	11	1.11	15
ESPAÑOL/OTRO IDIOMA	4	0.46	—	—	4
ESPAÑ/QUECH/AYMARA	5	0.57	10	1.01	15
ESPAÑ/QUECH/OTRO IDIOM.			1	0.10	1
TOTAL	864	100	987	100	1851

sin registro=50

Fuente: Encuesta Epidemiológica 1993.

Proyecto Sociales: 920681

Instituto de Medicina Tropical

"Alexander von Humboldt"

No todos atribuyen la enfermedad a la picadura de la *Lutzomya* conocida en la zona como "manta blanca". Con frecuencia es atribuida a la picadura de una araña, contacto con agua estancada, contacto con la escarcha de la mañana, contacto con un tipo de árbol llamado "toroq", zancudos, mariposas. También

se reconoce causalidad de tipo mágico : falta de "pago" a la tierra, señal de Dios, envidia , susto.

El tratamiento utilizado por la población es de 3 tipos: herbolario (lavados, abluciones, brebajes), casero (exposiciones al calor, ácido de pilas) y a base de fármacos (penicilina, merthiolate, glucantime). Estos tratamientos pueden ser utilizados en forma simultanea o preferir uno de ellos hasta que se considere que no proporcionan los resultados esperados y luego optar por otro. La preferencia mayoritaria es por el tratamiento herbolario-casero como primera opción.

Hasta diciembre de 1993 el tratamiento a base de Glucantime (tratamiento de orden) era proporcionado gratuitamente (a excepción de un pago simbólico por el uso de agujas hipodérmicas). No obstante no todos los pacientes acuden en busca de este tipo de tratamiento.

Adquisición de la enfermedad

Los resultados de la encuesta epidemiológica a este respecto señalan que los varones a diferencia de las mujeres, son los que más adquieren la enfermedad (Ver Cuadro Nº 05).

CUADRO Nº 05

Distribución de la Población por Sexo y Estado de la Enfermedad

ESTADO DE ENFERMEDAD	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
LESION ACTIVA	7	0.81	29	3.00	36	1.97
CICATRIZ	75	8.77	179	18.56	254	13.94
SIN ENFERMEDAD	775	90.43	756	78.42	1531	84.07
TOTAL	855	100	964	100	1821	100

no entrevistados =74 casos "dudosos" =6

Fuente: Encuesta Epidemiológica 1993. Proyecto Sociales: 920681

Instituto de Medicina Tropical "Alexander von Humboldt"

El intervalo de edad en el que la enfermedad se presenta con más frecuencia (tanto hombres como mujeres) es entre los 15 a 44 años (Ver Cuadro N° 06)

CUADRO N° 06

Distribución de la Población Censada según Ausencia de Lesiones ("sin enfermedad") y con Lesiones Activas o Cicatrices ("con enfermedad"), según Sexo y Grupo Etario

GRUPO ETARIO	MUJERES				HOMBRES				TOTAL	
	SIN ENF.		CON ENF.		SIN ENF.		CON ENF.		SIN ENF.	CON ENF.
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	N
- de 1	30	3.92	0	0	38	5.05	1	0.48	68	1
1 - 5	149	19.47	2	2.46	170	22.6	0	0	319	2
6 - 14	224	29.28	12	14.81	222	29.56	21	10.14	446	33
15 - 44	281	36.73	56	69.13	250	33.28	117	56.52	531	173
45 - 64	65	8.49	9	11.11	55	7.32	52	25.12	120	61
65 - +	16	2.09	2	2.46	16	2.13	16	7.72	32	18
TOTAL	765	100	81	100	751	100	207	100	1516	288

sin examen= 97

Fuente: Encuesta Epidemiológica 1993.

Proyecto Sociales: 920681

Instituto de Medicina Tropical

"Alexander von Humboldt"

La existencia de un alto porcentaje de población "sin enfermedad" al momento del censo, podría estar explicando lo reciente de los movimientos inmigratorios al valle lo que estaría vinculado a un menor tiempo de exposición. Nos preguntamos si estas personas "sin enfermedad" estarían o no infectados; el Cuadro N°7, señala los resultados de la aplicación de la prueba de Montenegro. Más del 90% de varones y mujeres "sin enfermedad" no presentaron infección.

Las personas con lesiones activas presentaron la forma cutánea en su mayoría (58.33%). (Ver Cuadro N° 08).

Las lesiones en general se localizan mayormente (46.98%) en miembros inferiores y esto ocurre tanto en hombres como en mujeres (Cuadro N° 9)

CUADRO N° 07

Población Considerada "sin enfermedad" según Sexo y Reacción a la Prueba de Montenegro

REACCIÓN	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
NEGATIVO	628	95.87	557	93.61	1185	94.8
POSITIVO	27	4.12	38	6.38	65	5.2
TOTAL	655	100	595	100	1250	100

no aplicados=281

Fuente: Encuesta Epidemiológica 1993.

Proyecto Sociales: 920681

Instituto de Medicina Tropical

"Alexander von Humboldt"

CUADRO Nº 08

Tipo de Lesiones Activas según Sexo en las Siete Comunidades Censadas

TIPO DE LESION	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
LESION CUTANEA	3	42.8	18	62.06	21	58.33
LESION MUCOSA	4	57.14	11	37.93	15	41.66
TOTAL	7	100	29	100	36	100

Fuente: Encuesta Epidemiológica 1993.

Proyecto Sociales: 920681

Instituto de Medicina Tropical

"Alexander von Humboldt"

ANALISIS DE LOS RESULTADOS Y COMENTARIOS

Dos situaciones se combinan para explicar el hecho que en el valle de Kosñipata la Leishmaniasis se presente más en hombres que en mujeres, en una edad en que las funciones productivas y reproductivas del ser humano se dan con mayor intensidad.

Estas situaciones son el ejercicio de actividades diarias de subsistencia que implican tareas diferentes para hombres y mujeres realizados en lugares igualmente diferentes, y, la condición de zona receptora de inmigración andina que tiene el valle, con desplazamiento de contingentes humanos mayormente masculinos y en edades económicamente activas.

Desarrollamos la primera de estas situaciones por considerarla la explicación más directa para las diferencias encontradas en la población ya asentada en la zona.

CUADRO N° 09

Ubicación de las Lesiones según Sexo

UBICACION	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
CABEZA	8	10.66	19	10.9	27	10.84
MIEMBRO SUP	16	21.33	37	21.26	53	21.28
MIEMBRO INF	39	52.00	78	44.82	117	46.98
MIEMBRO SUP Y MIEMBRO INF	1	1.33	11	6.32	12	4.81
PELVIS	4	5.33	6	3.44	10	4.01
OTROS LUGARES*	7	9.33	23	13.21	30	12.04
TOTAL	75	100	174	100	249	100

*tronco, combinaciones: cabeza+ miembro inferior, cabeza+tronco, etc.

Fuente: Encuesta Epidemiológica 1993.

Proyecto Sociales: 920681

Instituto de Medicina Tropical

"Alexander von Humboldt"

En el valle, el habitat preferente del vector que transmite la enfermedad es el bosque primario (Perez, et al 1991), lo cual es refrendado por la versión muy mentada de los campesinos quienes afirman que "...la enfermedad agarra cuando uno va a la chacra o al monte".

Precisamente son las zonas boscosas o de chacras en reposo ("purmas") los lugares en los que permanecen durante la mayor parte del día los varones adultos. Las actividades que allí desarrollan son las consideradas predominantemente masculinas: actividades agrícolas, talando madera, pescando, cazando, etc.

Pero la actividad principal de los pobladores de las comunidades de Kosñipata es la agricultura, la que demanda prácticamente todo el día de trabajo de los hombres adultos. La jornada diaria dura entre 10 a 12 horas, durante la cual tienen pequeños intervalos para el descanso o refrigerio. Esta actividad tiene como propósito principal el abastecer de alimentos a la familia. Sólo algunas familias destinan una parte de sus cosechas al mercado.

En chacras que tienen una extensión promedio de 30 Has./familia, se cultivan productos como : arroz, maíz, uncucha, plátanos, piñas, caña de azúcar, coca, etc.

La coca es un producto rentable para el comunero de esa zona ya que se puede cosechar de 2 a 3 veces por año , además su costo en el mercado es superior en relación a cualquier otro producto cultivado, precisamente la cosecha de este cultivo está muy ligada a la mujer como veremos más adelante.

El sistema agrícola es dependiente del régimen de lluvias, sistema conocido como "pluvial o bajo seco", donde la técnica para preparar el terreno es el desbosque (roza), y la quema de la vegetación tumbada.

El sistema de bajo seco, obliga al agricultor al uso extensivo de la tierra (para obtener mayor rendimiento), lo que no solamente estaría ocasionando un mayor efecto erosivo que finalmente deriva en un decrecimiento acelerado de la fertilidad de los suelos (Aramburu 1982, Villachica 1983); sino también estaría aumentando su riesgo de contraer la enfermedad al tener que trasladarse físicamente a zonas de mayor intensidad de transmisión para abrir nuevas chacras.

También deben trasladarse a zonas alejadas de los poblados (y por ende exponerse a la picadura del vector) para realizar la actividad de extracción forestal, la segunda en importancia en el valle que tiene como propósito la venta.

En lo que se refiere a las mujeres su actividad diaria no tiene la chacra o el monte como escenario principal, lo que explicaría que en ellas la enfermedad se presente con menor frecuencia al estar menos expuestas a las picaduras de vectores infectados.

El trabajo de la mujer campesina de Kosñipata es más diversificado y se desarrolla mayormente (pero no en forma exclusiva) en la casa o sus alrededores. Su jornada comienza a las 4 ó 5 de la madrugada y termina a las 6 ó 7 de la noche.

Al levantarse debe preparar el "desayuno-almuerzo" de los varones que deben ir a la "chacra". Al mismo tiempo levanta a los hijos pequeños.

Continúa con el arreglo de la casa, lavado de ropa, preparación de alimentos, acopio de agua y leña. Durante el día debe también seleccionar y almacenar los productos cosechados, por ejemplo el desgrane del maíz, secado de las hojas de coca.

En los días de mercado o feria (en la capital del distrito Pilcopata), la mujer cumple también un rol en el traslado de los productos (cargándolos) así como en la venta

Pero además de todo lo anterior la mujer mayor de 15 años realiza algunas actividades que implican necesariamente su traslado hacia las chacras o al monte mismo, lo que las pondría en contacto con el vector transmisor y que estaría explicando la presencia de la enfermedad en ellas.

Estas actividades se refieren a determinados momentos de la actividad agrícola en que la mujer ayuda activamente al marido en la siembra, cosecha, deshierbe.

Los niños a partir de los 7 u 8 años acompañan a sus padres ayudándoles en las tareas. Los varones ayudando al padre en tareas agrícolas y las niñas a sus madres en tareas domésticas. Es en la cosecha en donde se observa la participación plena de toda la familia.

El cultivo de la coca con fines comerciales se está incrementando en el valle. Los precios de venta superan al de cualquier otro producto e incluso algunos compradores llegan hasta el mismo valle a adquirir el producto. Se vende en forma de hojas secas.

La cosecha de las hojas de coca es una tarea que realiza mayormente la mujer "... es que nosotras sacamos la hojita con más cuidado que los hombres..". Esta tarea la realizan generalmente al atardecer después de haber realizado las tareas domésticas para lo cual se trasladan a las chacras cercanas.

Teniendo en cuenta esto, es posible pensar que de seguir aumentando el cultivo de la coca los casos de leishmaniasis en las mujeres aumente.

En cuanto a su participación en la extracción forestal esta es circunstancial y obedece a tareas de preparación de alimentos, lavado de ropa, etc., para el

varón; sin embargo para realizar estas tareas debe trasladarse a las zonas boscosas o de transmisión y por lo tanto igual que el varón se expone.

LEISHMANIASIS DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Como ocurre con cualquier otra dolencia, o fenómeno sanitario en general, la leishmaniasis afecta de modo diferente al hombre y a la mujer.

Este hecho no sólo es explicado por obvias razones de diferencias biológicas entre los sexos, sino también por razones de orden social, cultural, económico, las que pueden variar de sociedad en sociedad y que sitúan a hombres y mujeres en planos y roles diferentes.

El caso de los pobladores de Kosñipata que aquí se ha presentado es un ejemplo de esto.

Al revisar desde la perspectiva de género la frondosa bibliografía que sobre estudios de esta enfermedad existe en el Perú (las que además, cabe aclarar, están referidas al aspecto biomédico en su gran mayoría), es posible constatar la escasa información que existe acerca de cómo se dan y de qué forma afecta esta enfermedad a las mujeres y a los hombres. No obstante colocar el ítem "sexo" en las fichas clínicas y encuestas epidemiológicas, en la mayoría de estudios los resultados no son analizados ni explicados a luz de las diferencias por sexo.

La leishmaniasis en el Perú es una enfermedad ligada a la actividad laboral, se adquiere durante el ejercicio de la actividad, (Decreto Ley Num. 18846 Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales). Las actividades laborales varían en tipo y condiciones según se trate de hombres y de mujeres; por lo tanto los exponen en forma también diferente a la enfermedad. Sin embargo existe insuficiente información detallada y sistematizada al respecto.

Poco se conoce también sobre la diferencia entre ambos sexos respecto a: la percepción e información de la enfermedad, la actitud frente al tratamiento y su forma de administrarlo, los impactos psicológico, social, económico, etc. La información existente al respecto suele no pasar de presunciones generales.

Este vacío de información acerca de la diferencia de sexos en los distintos aspectos de la leishmaniasis, puede ser aplicable a cualquier otro trastorno de

salud, y en parte se explica por el excesivo énfasis en la función reproductiva de la mujer que ha hecho que cuando se trate de investigar los problemas de salud de la mujer, las investigaciones se centren en temas de fertilidad, programas de control de natalidad, y más recientemente sobre "salud reproductiva", un concepto que abarca también las enfermedades sexualmente transmitidas, temas familiares y de pareja, con lo cual se ha ampliado el enfoque sobre el tema de la función reproductiva, pero que no agota el tema de salud de la mujer en sí.

En el afán de crear programas de control basados en la prevención y tratamiento oportuno de la leishmaniasis se ha pensado en la participación activa de la mujer por ser ella la encargada más directa de la salud familiar y la atención de los enfermos; pero cómo lograr esa "participación activa" si es que se conoce tan poco acerca de cómo la enfermedad las impacta.

El estudio de las enfermedades tropicales desde la perspectiva de género esta aún por iniciarse en el Perú.

NOTAS

- 1) Se trata del proyecto: "Estudio de los factores sociales económicos y culturales que intervienen en la transmisión de la leishmaniasis mucocutánea en migrantes a la selva del Perú". Proyecto 920681 TDR/OMS.
Además de los autores de este artículo, en la ejecución de este proyecto participan también: Dra. María A. Remenyi, Antrop. José Pilares, Dr. Neptali Cueva, Tec. Juan Canales (quien aplicó la encuesta epidemiológica), Enf. Edgard Almiron.
- 2) Un claro ejemplo del rol dirigencial que también cumple la mujer se da en la población que se asienta alrededor de las ciudades, los llamados "pueblos jóvenes", así como la que vive en comunidades y caseríos rurales, sufre el mayor impacto de la crisis económica que se vive y cuyos signos más significativos se dan en el detrimento de los niveles de salud. En esas zonas las organizaciones populares más activas y que aportan con respuestas concretas y efectivas son los "clubes de madres", "comederos populares", "Comité de Vaso de leche", etc; conformados y dirigidos por mujeres madres de familia.
- 3) Estas comunidades son: Pilcopata, Patria, Coloradito, Pelayoc, Atalaya, Tupac Amaru, Chontachaca.

- 4) El título en español del proyecto es: Estudio de los factores sociales, económicos y culturales que intervienen en la transmisión de la Leishmaniasis Mucocutanea en migrantes a la selva del Perú". Proyecto Num. 920681, TDR/OMS.
- 5) El transporte en la ruta Cusco - Pilcopata, no es diaria, así se tiene: Lunes, Miércoles y Viernes (Cusco-Pilcopata); Martes, Jueves y Sábado (Pilcopata - Cusco)
- 6) El Valle de Kosñipata es también lugar de pasaje de migrantes que se dirigen a los lavaderos de oro de Madre de Dios, provenientes de diferentes puntos del sur-andino. Muchos de ellos terminan asentándose en el valle para dedicarse a la agricultura y la extracción forestal.
- 7) Pequeñas ferias que por dos veces a la semana se realizan en la capital del distrito Pilcopata, días que corresponden la entrada de los camiones que provenientes de Cusco, llegan transportando carga y pasajeros.
- 8) El predominio del sistema agrícola bajo seco es uno de los principales factores determinantes de los bajos niveles de rendimiento obtenidos tanto en cultivos anuales como en permanentes en la selva alta (Verdera, F. Estructura productiva y ocupacional en la selva alta. En: Población y colonización en la amazonía peruana. 1984)
- 9) Durante el incario y la colonia kosñipata fue una de las zonas que abastecía de coca al Cusco. Posteriormente, la extracción de maderas preciosas existentes en valle y cultivos como arroz, maíz valorizados en el mercado, relegaron -pero no desaparecieron- el cultivo de la coca.

BIBLIOGRAFIA

ARAMBURÚ, C.

1982 Expansión de la frontera agraria y demográfica de la selva alta peruana. En: Aramburú, et al. **Colonización en la Amazonía**. Lima CIPA.

Centro de Investigación y Promoción Amazónica (CIPA)

1993 Leishmaniasis y Migración Temporal en el sur oriente del Perú (Informe Técnico), Marzo.

Instituto de Medicina Tropical "Alexander von Humboldt" : Grupo de Estudio de Leishmaniasis.

1993 Encuesta Epidemiológica del Proyecto "Factores sociales asociados a la transmisión de la leishmaniasis selvática".

MINISTERIO DE SALUD

1993 Normas y Procedimientos para el Control de la Leishmaniasis en el Perú. Lima: OPS/Coop Italiana/MINSA.

PAREDES, U.

1987 Políticas de Salud y Mujer. En: Cambria, C.; Dughi, P.; Palomino, N. (ed). Las mujeres y la salud Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.

PEREZ, E.; OGUSUKU, E.; MONJE, J.; YOUNG, D.

1990 Lutzomyia (Dipt.:Psychodidae) de Pilcopata (Cusco), nuevos registros para el Perú y descripción de Lutzomyia deorsalis n.sp. En: Rev.Per.Ent. 33: 133-135 Diciembre, 1990.