

## PERCEPCIÓN DEL USUARIO SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE CHOPCCA, HUANCVELICA, DESDE UNA MIRADA INTERCULTURAL (RESULTADO PRELIMINAR)

Félix Valenzuela-Oré<sup>1a</sup>, Oswaldo Salaverry-García<sup>1,2b</sup>, Betty M. Monteza-Facho<sup>1c</sup>, Duilio Fuentes-Delgado<sup>3d</sup>, Omar Trujillo-Villarroel<sup>4e</sup>, Enma Vilchez-Buitrón<sup>5,6f</sup>, Ivonne F. Reyes-Mandujano<sup>1g</sup>

### RESUMEN

El acceso a los servicios de salud en las comunidades andinas, particularmente en aquellas que se caracterizan por mantener legados culturales tras generaciones, presenta aún problemas estructurales, que en muchos casos vulneran derechos fundamentales de los usuarios. **Objetivos.** El estudio describe la percepción del usuario de los servicios de salud de la comunidad de Chopcca en Huancavelica, desde una mirada intercultural. **Materiales y Métodos.** Estudio cuali-cuantitativo, que describe y contrasta las percepciones de los usuarios de los servicios de salud, los prestadores de servicios de salud, los agentes tradicionales de salud y observadores externos. Se aplicaron 771 encuestas a jefes de familia y a 30 prestadores de servicios de salud. La fase cualitativa se desarrolló con grupos focales a usuarios, entrevistas en profundidad a agentes tradicionales de salud y observadores externos. **Resultados.** El 44% de los usuarios indica que "nunca" han participado en la programación y priorización de actividades de salud local; el 85% refiere que cuando hacen uso del parto domiciliario el personal de salud les impone una "multa"; y el 77,2% refiere que el personal de salud les condiciona la atención de salud a su participación en programas sociales como "Juntos", "Pensión 65" y otros. Por su parte, el

36,3% del personal de salud, refiere que los partos domiciliarios sin la atención del personal de salud son sancionados; y el 60% refiere que "siempre" y "casi siempre" las atenciones de salud se condicionan a los programas sociales como "Juntos", "Pensión 65" y otros. **Conclusión.** Los usuarios de servicios de salud de los distritos de Yauli y Paucará tienen escasa participación en la programación y priorización de actividades locales de salud; asimismo, existe un condicionamiento de la atención de salud a la participación en programas sociales. En el caso de los partos domiciliarios se refiere la existencia de penalidades (multas) hacia los usuarios.

**Palabras clave:** Percepción, usuarios, acceso a servicios de salud, intercultural, comunidades andinas, Chopcca

### ABSTRACT

Access to health services in andean communities and particularly in those characterized by maintaining cultural legacies after generations still has structural problems, which in many cases violate fundamental rights of users. **Objectives.** The study describes the user's perception of the health services of the Chopcca community in Huancavelica from an Intercultural perspective. **Materials and methods.** Qualitative and quantitative study, which describes and contrasts

the perceptions of users of health services, the health service providers, traditional health workers and external observers. 771 surveys were applied to heads of households and 30 health service providers. The qualitative phase was developed with a user focus groups, in-depth interviews with traditional health workers and outside observers. **Results.** 44% of users stated that they have "never" participated in the planning and prioritization of local health activities; 85% report that when they make use of home delivery health workers imposed a "fine"; and 77,2% reported that health workers affects their health care to their participation in social programs like "Juntos", "Pensión 65" and others. Meanwhile 36,3% of health workers, report that home births without health care staff are sanctioned; and 60% reported they "always" and "almost always" the health care condition for social programs like "Juntos", "Pensión 65" and others. **Conclusion.** Users of health services in the districts of Yauli and Paucará have little involvement in planning and prioritizing local health activities; there is also a conditioning of health care to participation in social programs. In the case of home births it is concerned the existence of penalties (fines) to users.

**Keywords:** Perception, users, access to health services, intercultural, andean communities, Chopcca

### INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS-2006), define la salud como *Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.* El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, condición económica o social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados <sup>(1)</sup>.

Esta definición refleja una interpretación holística de la salud que coincide con el concepto tradicional que tienen los pueblos indígenas, ya que incluyen como parte de ella aspectos físicos, mentales, emocionales y espirituales, así como las relaciones entre individuos, comunidades, el medioambiente y la sociedad en general. En este sentido, los principales factores determinantes de la salud van más allá de la influencia directa del sector de la salud e incluyen factores tales como el acceso a las tierras, la protección del medioambiente y la integridad cultural <sup>(2)</sup>.

La OPS afianza esta interpretación considerando que la salud no es un acontecimiento solo de orden biológico y del ámbito individual, sino que por su propia naturaleza, es una resultante de las complejas y cambiantes relaciones e interacciones entre la persona, su entorno y sus condiciones de vida en los órdenes económico, ambiental, cultural y político <sup>(3)</sup>.

En América Latina y el Caribe la diversidad cultural tiene como principal protagonista la presencia de aproximadamente 50 millones de personas indígenas, que equivalen a más de 10% del total de la población. Se agrupan en alrededor de 400 grupos étnicos diferentes, cada uno de los cuales tiene un idioma distinto, una cosmovisión y organización social distinta, así como formas de organización económica y modos de producción adaptados a los ecosistemas que habitan <sup>(4)</sup>.

Un dato del Banco Mundial para el año 2000, interpreta que en algunos países como el Perú, el 40% de los hogares puede considerarse indígena. El estimado se basa en el uso de la lengua materna que es el vehículo por el cual la cultura se trasmite. No solamente se habla en ese idioma, sino tiene un contenido cultural, el 25% de jefes de familias usan lengua o lenguas diferentes al castellano: quechua, aimara o una de las lenguas amazónicas; que el 48% de los padres o los abuelos de estas familias usan lengua diferente al castellano.

<sup>1</sup> Centro Nacional de Salud Intercultural, Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú.

<sup>2</sup> Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

<sup>3</sup> Oficina General de Investigación y Transferencia Tecnológica, Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú.

<sup>4</sup> Estrategia Sanitaria Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas, Ministerio de Salud. Lima, Perú.

<sup>5</sup> Salud Sin Límites. Lima, Perú.

<sup>6</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

<sup>a</sup> Doctor en Salud Pública, magíster en Gerencia de Proyectos y Programas Sociales; <sup>b</sup> médico, doctor en Medicina; <sup>c</sup> licenciada en enfermería, magíster en Salud Pública y Docencia en Enfermería; <sup>d</sup> médico, maestría en Bioética y Gestión de la Calidad; <sup>e</sup> médico, magíster en Epidemiología, doctorado en Salud Pública; <sup>f</sup> licenciada en Enfermería, maestría en Gerencia Social; <sup>g</sup> bióloga con mención en Biología Celular y Genética, maestría en Biología Molecular y estudios de especialidad de Estadística en Investigación

Ese dato contrasta con los del Censo Nacional 2007: XI de Población y VI de Vivienda, que concluye que de los 27 412 157 habitantes del Perú, el 15,09% es indígena: el 81,24% de los indígenas son quechua; el 10,72% aimara y el 8,05% amazónico. Además, existen alrededor de 72 grupos étnicos (65 en la Amazonía, y los siete restantes principalmente en la región andina), clasificados en 14 familias etnolingüísticas; en su mayoría, esos grupos están organizados como comunidades campesinas (5069 en el área andina) y comunidades nativas (961 en la Amazonía). Son pocos los pueblos indígenas que los organismos oficiales consideran en situación de “aislamiento voluntario” o de “contacto inicial”. Se estima, que la población indígena en el Perú representa alrededor de 40% del total aproximado de 28 millones de habitantes <sup>(5)</sup>.

El departamento de Huancavelica está ubicado en la sierra central del Perú, simboliza el reto de una naturaleza agreste cuyo imponente relieve y el vértigo de sus aguas hacen que sea uno de los territorios de más difícil acceso; es uno de los cinco departamentos más pobres, según informe de INEI – 2013 <sup>(6)</sup>, se ubica entre los cinco primeros departamentos con mayor rango de pobreza entre 46,6 a 52,9%, y con una pobreza extrema entre los rangos de 11,5 a 16,2%. La tasa de analfabetismo es de 29% en la población femenina (promedio nacional 9,3%); según lo descrito por ENDES, La tasa de fecundidad global para 2012 es de 3,2 hijos por mujer (2,6 hijos por mujer promedio nacional) <sup>(7)</sup>. Según datos de INEI del 2013 se aprecia una tasa de desnutrición crónica en niños menores de 5 años de 42,4% (17,5% promedio nacional) empleando el patrón de referencia OMS.

En el contexto socio-cultural, los individuos nacen, crecen y se constituyen como sujetos en el marco de la cultura de la región, entendida como el modo de ser y vivir del pueblo huancavelicano; Huancavelica, representa un segmento sociocultural del trapecio andino, caracterizado por la existencia de sistemas tradicionales de salud que han logrado subsistir a través del tiempo en un entorno de encuentros

y desencuentros de modelos dominantes y dominados caracterizando el comportamiento epidemiológico, los servicios de salud han venido adquiriendo nuevas formas tratando de acercarse a los usuarios en el afán de mejorar los problemas de salud pública como la mortalidad materna, la desnutrición infantil y otros.

El pueblo Chopcca, en particular, se ubica en el centro y corazón de la región de Huancavelica, que comprende dos distritos Yauli (provincia de Huancavelica), Paucarará (provincia de Acobamba), quechua hablantes en su totalidad (variedad chankas); las comunidades que constituyen estos distritos están conformadas por el núcleo social llamado el *ayllu*, la familia para estas comunidades que nombra a la pareja constituida legalmente (matrimonio); para llegar al matrimonio se tiene que cumplir una serie de pasos previos como el enamoramiento (proceso relacionado con las actividades propias de la comunidad o festividades locales), la formalización de la pareja se lleva a cabo mediante compromisos como *warmi urquy* o *warmi ranty* (pedida de mano); la agricultura y la ganadería son las principales actividades económicas, con ello, entonces, las costumbres como la *erranza de ganado* que consiste en hacer pago a la tierra en señal de agradecimiento por mantener a su ganado; la agricultura con costumbres de la preparación de tierra para sembrío de papa nativa al cual se denomina *chakmeo*, la cosecha de cebada al cual lo llaman *qachua*, una especie de danza donde las mujeres cantan y los varones pisan la cebada, de esta manera separan el grano de la paja; otras costumbres como *viga huantuy*, *kuchuscha*; la forma de poner orden y seguridad en la comunidad es una especie de *justicia popular* que se basa en castigar a los que comenten faltas, con ello resuelven problemas de pareja, problemas de abigeo, problemas de incumplimiento o desobediencia a las autoridades, procesos que corresponden al derecho consuetudinario.

En todas las comunidades de los distritos en estudio existen agentes tradicionales de salud que reciben el nombre de “curanderos”, *jampiq*, parteras (os), u otros que acuden en ayuda a los

que presentan problemas de salud. En la mayoría de estas comunidades persiste el respeto a los agentes tradicionales de salud, aunque algunos curanderos se ocultan por diversas circunstancias. Los agentes tradicionales de salud en el sistema de salud local son la puerta de entrada al proceso de atención de salud. El agente es quien toma decisiones si el enfermo debe ser tratado mediante las prácticas tradicionales de salud o requiere de una atención en los establecimientos de salud (puestos, centros de salud u hospitales especializados).

La mayoría de las familias de estas comunidades mantiene su confianza en los agentes tradicionales de salud, el uso de plantas medicinales y otros recursos naturales de la zona. Con frecuencia se mantiene en secreto, que el padre o jefe de hogar acude primero a los curanderos a consultar sobre el problema de salud y luego según cómo refiera el curandero toma las siguientes decisiones. Esta actitud se vincula a experiencias previas que se mantienen en el imaginario popular; refieren que mucha gente ha muerto por el “choque” con inyecciones que les aplicaron en la posta (medicamentos), cuando en realidad el enfermo requería otro tipo de tratamiento relacionado a síndromes culturales como *japisqa* o *chacho*, *puquio mancharisqa*. Esta realidad y la necesidad de estudiarla han motivado el presente estudio.

Basado en la naturaleza del problema, el presente estudio se ha desarrollado bajo un diseño metodológico de cualicuantitativo, en el que se aborda un mismo fenómeno contrastando los puntos de vista de los usuarios de los servicios de salud, los prestadores de servicios de salud, los agentes tradicionales de salud y los observadores externos. Se aplicaron 771 encuestas a jefes de familia y 30 a prestadores de servicios de salud. En su aspecto cualitativo se desarrollaron grupos focales con usuarios, entrevistas en profundidad a agentes tradicionales de salud y observadores externos. El estudio se realizó en los distritos de Yauli (provincia de Huancavelica) y Paucarará (provincia de Acobamba), se tomó como ámbito a todas las comunidades de los distritos en mención, considerando la similitud de las prácticas y costumbres ancestrales.

El objetivo principal del estudio es describir la percepción del usuario de los servicios de salud de la Comunidad de Chopcca – Huancavelica desde una mirada intercultural.

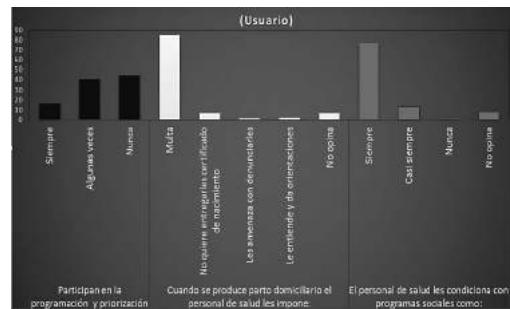
## RESULTADOS PRELIMINARES

De acuerdo con la Tabla 1, el 44% de los encuestados refieren que nunca han participado en la programación y priorización de actividades de salud local y el 40,2% algunas veces ha

**Tabla 1.** Frecuencia de distribución de la percepción según variables relacionadas a la normatividad aplicada en el establecimiento de salud, en los usuarios de salud encuestados en Yauli y Paucarará-Huancavelica 2014

Variable	Categoría	n	%
Participan en la programación y priorización de actividades de salud local	Siempre	122	15,8
	Algunas veces	310	40,2
	Nunca	339	44,0
Cuando se produce parto domiciliario el personal de salud les impone:	Multa	655	85,0
	No quiere entregarles certificado de nacimiento	49	6,3
	Les amenaza con denunciarles	6	0,7
	Le entiende y da orientaciones	12	1,6
	No opina	49	6,4
	Siempre	595	77,2
El personal de salud les condiciona con programas sociales como: Juntos, Pensión 65 y otros.	Casi siempre	101	13,1
	Nunca	11	1,4
	No opina	64	8,3

Fuente: encuesta aplicada en las comunidades de los distritos de Yauli y Paucarará – Huancavelica/ noviembre 2014.



**Figura 1.** Aspectos relacionados con la normatividad institucional

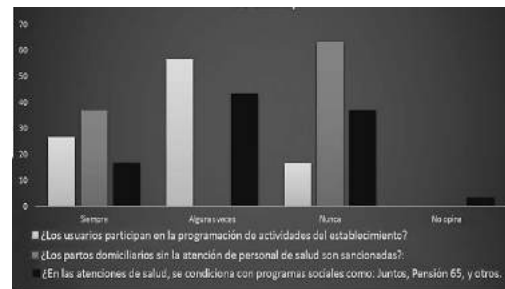
participado; de los partos domiciliarios, el 85% refiere que existe imposición con multas; finalmente, el 77,2% refiere que el personal de salud les condiciona siempre la atención con el cumplimiento de los requerimientos de programas sociales como “Juntos”, “Pensión 65” y otros. El 13,1% indica que se les condiciona casi siempre.

De la Tabla 2, el 56,7% del personal de salud encuestado refiere que en programación de actividades del establecimiento algunas veces participan los usuarios y el 26,7% que siempre participan; del parto domiciliario, el

**Tabla 2.** Distribución de frecuencia de percepción del personal de salud según variables relacionadas con la participación del usuario, parto domiciliario, programas sociales. Yauli y Paucará- Huancavelica 2014

Variables	Categorías	N.º	%
¿Los usuarios participan en la programación de actividades del establecimiento?	Siempre	8	26,6
	Algunas veces	17	56,7
	Nunca	5	16,7
¿Los partos domiciliarios sin la atención de personal de salud son sancionados?:	Sí	11	36,7
	No	19	63,3
	No opina	-	-
¿En las atenciones de salud, se condiciona con programas sociales como: Juntos, Pensión 65, y otros.	Siempre	5	16,7
	Casi siempre	13	43,3
	Nunca	11	36,7
	No opina	1	3,3

**Fuente:** encuesta a personal de salud en los establecimientos de salud de Yauli y Paucará – Huancavelica/ Noviembre 2014.



**Figura 2.** Aspectos relacionados con la normatividad (personal de salud)

63,3% refiere que no hay ninguna sanción; el 36,7% refiere que sí hay sanciones; de los programas sociales como “Juntos”, “Pensión 65” y otros, el 43,3% refiere que casi siempre son condicionados, el 36,7% nunca y el 16,7% siempre son condicionados.

## DISCUSIÓN

En cuanto a normatividad institucional, un 44% de los usuarios nunca han participado en la programación y priorización de actividades de salud local y el 40,2% algunas veces; el 85% refiere que cuando se produce el parto domiciliario el personal de salud les impone multa; y el 77,2% refiere que el personal de salud siempre les condiciona la atención con programas sociales como “Juntos”, “Pensión 65” y otros. Según la opinión de personal de salud: el 56,7% de los usuarios participa “algunas veces” en la programación de actividades del establecimiento y el 16,7% “nunca” participaron; más de un tercio (36,3%) del personal refiere que los partos domiciliarios sin la atención del personal de salud son sancionados, y el 60% del personal refiere que las atenciones de salud se condicionan con programas sociales como “Juntos”, “Pensión 65” y otros, concentrándose en las categorías de “siempre” y “casi siempre”.

Esta data evidencia una enfrentada percepción entre usuarios y prestadores del servicio sobre la participación de los primeros (usuarios) en la programación de actividades; así como también una percepción opuesta en cuanto

al condicionamiento de la atención a la participación en otros programas sociales. Una posible explicación es que los prestadores saben que tanto la participación como el no condicionamiento de los servicios es una política del sector Salud, que ellos vienen incumpliendo, por lo que ocultan o tratan de disminuir su efecto en sus respuestas.

En estas comunidades persiste la participación de la población en actividades comunales como el trabajo agrícola conjunto, al cual localmente lo denominan *minka*, ayudas mutuas al que se denomina el *ayni*, entre otros. En particular en las comunidades de Yauli y Paucará son prácticas vigentes.

Esto se vincula con lo que se entiende por participación comunitaria en salud, según OPS (Alma Ata-1978), citado por Amaro Cano M.C., que la define como *El proceso en virtud del cual los individuos y la familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los de la colectividad, y mejora la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes. Esto les permite a ser agentes de su propio desarrollo...*<sup>(8)</sup>.

El mismo autor califica como un problema que las nuevas estrategias no hayan logrado la incorporación activa de la población en la salud; que la participación se mantiene como un hecho coyuntural y, si bien la gente participa algo más en las acciones, su participación es prácticamente nula en las decisiones sobre las políticas de salud, las prioridades, los programas y los servicios de atención<sup>(8)</sup>. Ello se debería, en lo fundamental, a que existen múltiples interpretaciones de la participación, las cuales se pueden resumir en dos formas básicas: participación como medio (utilización para lograr metas preestablecidas); y como fin (como proceso, interviniendo en todo el proceso de desarrollo). En las comunidades en estudio, en cambio, la participación en diversas

labores es una práctica ancestral, pero con plena vigencia, que es insuficientemente aprovechada para efectos de mejorar la salud de la propia comunidad por parte de los prestadores del servicio de salud.

Las estrategias de atención de salud condicionada con programas sociales que operan en la zona; están orientadas a disminuir las brechas de acceso a servicios de salud; especialmente referidas a la salud del niño y de la madre (control de crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, control prenatal de las gestantes y otros), pero el ejercicio de este condicionamiento por los prestadores lleva a un enfrentamiento con los usuarios que deben ser beneficiados lo cual se se manifiesta en una percepción negativa, tanto de los programas como de los prestadores de servicios de salud. Una usuaria entrevistada indica: *Si al niño no llevas al puesto para sus vacunas, para su peso y talla, o si no llevas a su escuela el programa juntos te suspende por dos o tres meses...* En consecuencia, algunos califican a los programas como “vengativos” (usuaria integrante de grupo focal), y dicen: *... Los programas sociales como ‘Juntos’, al parecer tienen convenio con salud y educación; en salud existe mucha venganza, cuando un día no llevas a su control al niño, ya lo suspenden del programa por dos o tres meses... cuando están renegados son vengativos.*

Esta misma falta de comunicación se evidencia en la estrategia de imponer “penalizaciones” para disminuir la mortalidad materno-infantil en los establecimientos de salud de los distritos de Yauli y Paucará. Se intenta evitar el parto domiciliario o la inasistencia a los controles prenatales imponiendo nuevos comportamientos a las mujeres embarazadas, sin llegar a ello a través de un dialogo que respete la cultura sanitaria de las pacientes. Así, una usuaria participante de un grupo focal refiere: *...El parto antes nos atendíamos solo en la casa, teníamos una partera que atendía a todas las gestantes, ahora todas las atenciones deben ser en la posta debemos avisar, pero*

*muchas mujeres tienen miedo de ir a la posta; algunas veces se puede producir parto en la casa y la posta cobra S/. 100 de multa.*

Estos desencuentros entre usuarios y prestadores se pueden interpretar como un conflicto de culturas sanitarias diferentes, pero también, en el marco más general de la relación desigual entre dos culturas, una hegemónica y otra subordinada. En el primer caso la persistencia de procesos tradicionales de llevar el embarazo y desarrollar el parto están profundamente enraizados en la cultura de estas comunidades, y la poca perspicacia y la sensación de superioridad del sistema médico occidental lleva a la imposición, no por la persuasión o el consenso, de nuevas prácticas, sino a través de penalidades que fuerzan a realizar, aun contra su deseo y voluntad, las prácticas relacionadas al embarazo y el parto según lo dispuesto por el sistema médico occidental: controles prenatales en el establecimiento, parto institucionalizado y por profesionales de la salud, etc.

Por su parte la limitada participación de los usuarios en la planificación y programación de los servicios de salud en la comunidad se puede explicar en el marco general de las relaciones de una cultura hegemónica, como la occidental, que se considera a sí misma superior, representada por los prestadores del servicio, funcionarios oficiales del Estado nacional, moderno y hegemónico frente a la participación de pobladores a los que ciertamente se debe brindar servicios, pero que son integrantes de un colectivo social subordinado. Se los considera carentes de las competencias o capacidades para decidir su propia salud, lo que debe quedar en manos de la cultura hegemónica y dominante, son los prestadores de servicios los que sabrían lo que es bueno para la salud de la comunidad y por eso no es necesario y es hasta incómodo y contraproducente que los integrantes de la comunidad participen en la programación. Se evidencia claramente una relación de hegemonía-subordinación entre representantes de dos grupos que, en este caso, se evidencia en el servicio de salud.

## CONCLUSIONES

La información recogida muestra un profundo desencuentro entre los integrantes de una comunidad andina con una fuerte y vigente cultura tradicional como las comunidades de los distritos de Yauli y Paucarará, y los representantes del Estado moderno y hegemónico.

Este desencuentro se manifiesta en la percepción negativa de los usuarios acerca de los servicios que les brinda el sector Salud pese a que estos se dirigen a mejorar sus indicadores de salud. La percepción de los usuarios se basa en prácticas como la no convocatoria para procesos participativos de planificación y programación, la imposición de multas y penalidades por no cumplir con los condicionamientos de los programas sociales, lo que conlleva a perder subsidios económicos importantes para estas familias o el egreso de dinero a través de las multas.

El origen del desencuentro se puede suponer en la carencia de competencias interculturales en los prestadores de servicios, pero también en la carencia de una adecuada normatividad que, culturalmente adecuada, permita la articulación de la visión cultural de los pobladores en los procesos destinados a brindarles servicios de salud

## RECOMENDACIÓN

La diversidad cultural del Perú obliga a identificar otros posibles desencuentros culturales entre el sistema médico oficial y las comunidades andina o amazónicas en las que persisten culturas vivas, incluyendo cosmovisiones de salud y prácticas distintas que deben ser articuladas con la medicina occidental.

Esta tarea exige extender y profundizar la investigación operativa, pero al mismo tiempo, acciones de capacitación y fortalecimiento en interculturalidad en los establecimientos que atienden a poblaciones originarias.



**Figura 3.** Niña de la comunidad de Pucapampa. La salud con respeto a los derechos inalienables

**Agradecimiento:** a las autoridades de la Dirección Regional de Salud Huancavelica, Municipalidad Distrital de Yauli, Municipalidad Distrital de Paucarará; diversas autoridades comunales.

A los investigadores: Franco Romaní /INS, Marco Bartolo Marchena /INS, Magdalena Escobar Vilcarano /Red de Salud Yauli; Graciela Sánchez Navarro /INS.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos, suplemento de la 45.ª edición 2006 p. 1.
2. Departamento de Normas Internacionales del Trabajo. Los derechos de los pueblos indígenas y tribales en la práctica. Una guía sobre el convenio NÚM. 169 de la OIT. 1.ª ed. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2009.
3. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Publicación Científica y Técnica. 2007;1(622).
4. Deruyttere A. Pueblos indígenas, recursos naturales y desarrollo con identidad: riesgos y oportunidades en tiempos de globalización. 2001. 1-13 p.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Censo Nacional 2007: XI de Población y VI de Vivienda - Resultados de Población y Vivienda en las Comunidades Indígenas. Lima, Febrero del 2009.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe Técnico: Evolución de la Pobreza Monetaria 2009-2013. Lima mayo 2014.
7. MINSA/DGE. Análisis de Situación de Salud 2012. Lima Perú, septiembre 2013.
8. Amaro Cano M del C. Algunas reflexiones más sobre la ética de la atención primaria de salud. Rev Cuba Med Gen Integr. 2003;19(6).