

Aspectos socioculturales e interculturalidad de la población peruana en el contexto de la Covid - 19

Sociocultural and intercultural aspects of the peruvian population in the context of Covid - 19

LOLO JUAN MAMANI DAZA¹
Universidad Nacional de San Agustín
lmamanid@unsa.edu.pe

MIRZA NELBA DEL CASTILLO SALAZAR²
Universidad Nacional de San Agustín
mdelcastillos@unsa.edu.pe

NATTY WILMA LLASACA CALIZAYA³
Universidad Nacional de San Agustín
nllasaca@unsa.edu.pe

Recibido: 27 de agosto de 2021

Aceptado: 18 de octubre de 2021

Resumen

El problema en salud derivada de la COVID - 19, ha evidenciado las múltiples formas de cómo la población peruana enfrenta esta situación, poniendo a prueba diversos patrones de conducta adquiridos para combatir dicha pandemia. Siendo el Perú un país heterogéneo, ha mostrado su capacidad de enfrentar por medio de la medicina tradicional un conjunto de cuidados médicos como respuesta inmediata a su salud. Esto evidencio la necesidad de una salud intercultural como política pública que ayude a resolver los problemas socioculturales de una manera acertada.

Palabras clave: Interculturalidad, salud, medicina, sociocultural, COVID - 19

Abstract

The health problem derived from COVID - 19 has shown the multiple ways in which the Peruvian population faces this situation, testing various patterns of behavior acquired to combat this pandemic. Peru being a heterogeneous country, it has shown its ability to face a set of medical care through traditional medicine as an immediate response to its health. This evidenced the need for intercultural health as a public policy that helps to solve sociocultural problems in a correct way.

Keywords: Interculturality, health, medicine, sociocultural, COVID - 19

1 Doctor en Ciencias Sociales, Mg. en Políticas Sociales y estrategias de desarrollo, Lic. en Antropología. Docente de la Escuela Profesional de Antropología de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Temas de investigación: Patrimonio cultural, Campesinado, medicina tradicional, minería artesanal.

2 Docente universitaria de la Escuela Profesional de Antropología - UNSA.

3 Socióloga UNSA, Magister en Tecnología educativa UNJBG, egresada del Doctorado en Ciencias empresariales UNSA. Docente universitaria. Asesoría y consultoría en talleres participativos EIA y PAMA.

Introducción

En el último año la realidad circundante en el planeta y en particular en la sociedad peruana ha variado ostensiblemente, ahondando las marcadas diferencias estructurales entre la población peruana, no solo en los aspectos sociales y económicos; sino en todo lo relacionado con las prácticas comportamentales frente a la pandemia del COVID - 19. Nuestro país está compuesto por varios grupos socioculturales, por ello recibe la denominación de “país diverso” y frente a ésta pandemia han tenido que acudir a un conjunto de medidas para enfrentarla: aplicando sus costumbres, auto medicándose, asistiendo a los hospitales, escuchando los consejos de familiares, de los medios de comunicación, consultas por internet, etc. con el objetivo de solucionar su problema de salud frente al COVID - 19. Por ello, nos planteamos la siguiente interrogante: *¿Cuáles son los aspectos socioculturales e interculturales de la población peruana que interfieren en el control eficaz de la transmisión del COVID - 19?* Para ello, se analiza la diversidad de la población peruana, la heterogeneidad en el desarrollo de los patrones de conducta y la salud de la población peruana, la transmisión del COVID - 19 como problema sociocultural, la salud frente al COVID - 19 en el Perú y el rol del Gobierno peruano en el contexto de la pandemia.

En el presente artículo se analiza algunos estudios relacionados al tema con el fin de tener una idea clara del contexto frente a la pandemia del COVID - 19 y del rol de las autoridades para lograr controlar la transmisión en la población peruana.

1. Interculturalidad y salud

Salaverry (2010) indica que, si definiéramos la interculturalidad en salud como un método para comunicar, transmitir e incorporar en poblaciones “primitivas” las prácticas y conocimientos de la biomedicina sería un error. Por otro lado, precisa que la interculturalidad se origina del estudio antropológico al intentar esclarecer las diferentes interacciones que debe existir entre los indígenas y las sociedades modernas. Estos diversos diálogos o etapas han ido interpretándose en diferentes campos y en el ámbito de la salud pública no ha sido la excepción, como sugiere:

En medicina, si bien el término de interculturalidad en salud es reciente, gran parte de lo que entendemos por dicha denominación no es nuevo sino, en todo caso, es el rescate de una orientación muy antigua de la medicina occidental de incorporar una perspectiva étnica en la interpretación de la enfermedad, la que tiene sus antecedentes en la Grecia clásica y continúa en vigencia durante más de dos mil años, hasta ser abandonada debido al auge de la medicina tecnificada del siglo XIX. Así, en el proceso de cambio de paradigma que hemos mencionado, no todo es ir hacia nuevos conceptos, es en gran parte sumergirnos en nuestras raíces y encontrar bases para retomar una perspectiva centrada en las individualidades del “otro”. (Salaverry, 2010, p. 90)

Se observa que, si bien el término de interculturalidad es reciente en salud, en algunas sociedades antiguas como en Grecia clásica se tomaba en cuenta el criterio étnico en el análisis de las enfermedades, pero que posteriormente fue abandonada; sin embargo, se puede deducir que Salaverry propone que se retome estas prácticas sobre todo centradas en las individualidades del “otro” como se hacía en tiempos antiguos.

Salaverry (2010) concluye que la interculturalidad es un concepto derivado de las

ciencias sociales, en particular de la antropología, que se ha ido permeando a diversas disciplinas. La Interculturalidad en salud corresponde, en ese sentido, al desarrollo de lo que Kleinman ha denominado las competencias culturales que deben desarrollar los médicos y por extensión los profesionales de la salud (p. 92). Sin embargo, también debe ser correspondido por aquellos que son llamados Médico Andinos, donde la mayor parte de la población peruana recurre a ellos para solucionar sus problemas de salud tanto en zonas alejadas como urbanas.

Salaverry (2010) agrega que, la interculturalidad en salud es un concepto en construcción, que causa confusión en los profesionales de la salud por las limitaciones en la formación básica en Antropología e Interculturalidad en las escuelas de medicina. La interculturalidad en salud implica un cambio de paradigma del ejercicio médico, que es posible insertarlo en la recuperación de la tradición clásica de la medicina, que fue dejada de lado por el enfoque exclusivamente biomédico en el siglo XIX (p. 93).

Si comprendiéramos y se cristalizara la voluntad política de implementar de manera vinculante que la interculturalidad debe ir más allá de simplemente conocer y reconocer diferencias, sino una interacción de diálogo, respeto y apoyo mutuo entre los diferentes aspectos médicos, llegaríamos a una fusión de conocimientos enriquecedores y funcionales, como propone Hansen (2012), afirmando que se entiende la interculturalidad como:

Una relación entre culturas dinámicas, en la cual existe necesariamente reciprocidad, voluntad y horizontalidad, reconociendo que hay espacios de encuentro donde se pueden negociar y otros donde se mantienen las especificidades respetando las diferencias, mejorando la salud de ambos pueblos, ganándose espacios desde los pueblos originarios y cediendo espacio desde las instituciones oficiales. (Hasen, 2012, p. 19)

Los aspectos resaltantes de este investigador sobre la interculturalidad es que cuando se trata de la relación de dos culturas se debe comprender que va a existir espacios de intercambio y otros en los que se tiene que mantener esas diferencias con el fin de mejorar la salud y el acercamiento de los pueblos originarios con las instituciones oficiales.

Hasen (2012) precisa que cuando la medicina de los pueblos originarios y los sistemas médico modernos se reconozcan entre sí, se logrará un desarrollo de interculturalidad en la salud, especialmente si se miran como complementos en todo este entorno llamado sistema médico, a esto le llama el “principio rector” donde la medicina occidental con sus equipos de salud y la medicina tradicional con sus especialistas y terapeutas generen espacios de confianza logrando una complementariedad en ambos sistemas de salud a nivel nacional (p. 21).

Dussel (2016), indica que, para poder entender y lograr esta complementariedad, así como llegar a establecer los mejores caminos de relación se habla de “Diálogos Interculturales” (p. 35- 36) estos diálogos llevados al campo médico, comprende que la medicina moderna no es mejor sobre la medicina tradicional o empírica que muchas culturas o grupos étnicos culturales llevan como uso desde siempre. Estos diálogos analizan en conjunto los problemas sanitarios, desde una perspectiva sociocultural, logrando así la formulación concertada de planes de trabajo integrales que mejoren las condiciones de salud; en la perspectiva de articular la interculturalidad normativa y la interculturalidad de hecho (Yon, 2017, p. 39,40).

El fortalecimiento de estos diálogos se han dado desde que se han considerados a los

pueblos indígenas en múltiples mesas de trabajo donde, por medio del “Pronunciamiento de Barbados” en 1971, la declaración de “San José sobre Etnodesarrollo y Etnocidio en América Latina” en 1981, el “Convenio 169” en 1989 han reflejado su importancia cada vez más significativa sin embargo, en materia de salud se ha visto reflejada en Panamá en 2005 por la Asociación Panamericana de la Salud OPS, donde 19 países mostraron una serie de logros y retos en materia de salud indígena, dando creación a directivas legales en apoyo a los pueblos indígenas, en un marco político. Con esta iniciativa se promueve la incorporación de los tratamientos y las medicinas tradicionales en sus respectivos sistemas sanitarios. Muchos países adoptaron estas políticas ya sea en un marco legal, normativo o como experiencias, sin embargo, las oficinas creadas no cuentan con el apoyo político, con el personal y el presupuesto necesarios para realizar sus funciones en forma eficaz (Nureña, 2009, p. 370).

Nureña (2009) afirma que en el caso peruano el Ministerio de Salud desarrolló programas en el 2004 y:

Definió diez Estrategias Sanitarias Nacionales (ESN). Se estableció una ESN de Salud de los Pueblos Indígenas, y otra de Salud Sexual y Reproductiva, esta última directamente relacionada con la atención del parto vertical. El Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI), dependiente del Instituto Nacional de Salud (INS, organismo del Ministerio de Salud especializado en investigación) es responsable de la ESN de Salud de los Pueblos Indígenas. Su función es promover, coordinar y supervisar las acciones dirigidas a las poblaciones indígenas, con el propósito de disminuir la brecha de exclusión en salud. Hasta hace algunos años, existía el Instituto Nacional de Medicina Tradicional (INMETRA), cuyas funciones, consistentes en investigar, rescatar y revalorizar los conocimientos y experiencias tradicionales de las diversas etnias del país, se integraron posteriormente al INS. (Nureña, 2009, p. 371)

Según Nuñera (2009) estos programas denotan una política “intercultural” (en lo discursivo y programático) desde el Ministerio, aunque muchas veces se visualiza una política “multicultural”, esto se debe a las asimetrías existentes, ya que las poblaciones indígenas se acentúan en la sierra y selva y las que se encuentran en costa son atendidas bajo el sistema de la medicina moderna por ser pocas. Lo que conlleva a pensar que la interculturalidad en salud es vista como la educación, aún como “ruralización”. (p. 375)

Si consideramos la perspectiva de la Etnografía médica donde se analiza las costumbres referidas a la salud y las enfermedades de diversos pueblos teniendo en cuenta las características costumbres y el hábitat diferente, la interculturalidad en salud es: Tomar conciencia de la cultura del paciente, para poder asimilarla y luego incorporarla en el proceso de atención de salud e implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano y su influencia en todo proceso de salud y enfermedad (Goicochea, 2012, p. 53). Goicochea (2012) precisa que no debemos olvidar que el reconociendo debe ser mutuo tanto del médico como el paciente teniendo mayor interés que el que sabe más comprende al que sabe menos, estas estrategias interculturales facilitan la relación médico-paciente, evitando barreras socioculturales entre ambos y mejorando la atención en salud. (p. 53)

2. El desarrollo de los patrones de conducta y la salud de la población peruana

Los patrones de conducta no se explican bajo la personalidad, sino es una reacción

ante una situación de reto o provocación y son diferentes en cada persona o grupo humano, pero éstos si están relacionados con los estilos de vida que las personas están expuestas.

La OMS (2002), indica que los estilos de vida se reflejan en los patrones de conducta y se producen dentro del contexto social. Por lo que, se diría que el estilo de vida “suele ser definido como la manera o forma cómo la persona vive su vida, que incluye sus creencias, expectativas, motivos, valores y conductas...” (citado por Becerra, 2005, p. 242). Se resume que hay diversidad de estilos de vida y, el Perú, al ser un país multiétnico, no es la excepción.

Los estilos de vida cambian según las circunstancias políticas, económicas, culturales y/o de salud, como lo refleja en el informe de la OMS (2002), donde especificaba que los estilos de vida cambiaban por causas de la morbilidad a nivel mundial. Por ejemplo, en el año 2005 un estudio en Perú realizado por el (Grupo de Opinión Pública de la Universidad de Lima, 2006) reflejó que los jóvenes “en cuanto a la actividad física, el 46.5% de los estudiantes no practicaba algún deporte y que el 46% de los que sí lo practican, lo hace 1 a 2 veces por semana (por debajo de los requerimientos recomendados)” (citado por Becerra, 2005, p. 244).

En cuanto a la salud nutricional, encuentran que los jóvenes tienen un bajo consumo de frutas y verduras y un alto consumo de proteínas y calorías, lo que, sumado al sedentarismo, los podría poner en riesgo de ser obesos.

Por último, en cuanto a su estado de salud, el 78.6% de la muestra considera su salud como buena y muy buena; sin embargo, contradictoriamente se encontró que el 37.3% fuma cigarrillos, el 63.1% consume bebidas alcohólicas y el 4.9% consume otras drogas. (citado por Becerra, 2009, p. 244)

Si se analiza estos estilos de vida, estaban direccionados a una inadecuada priorización de la salud; sin embargo, para el año 2020 a consecuencia de la pandemia los estilos de vida han cambiado significativamente en diferentes aspectos, como: en educación, economía, relaciones sociales, justicia, política, cultura y específicamente en salud. Donde se manifiestan comportamientos específicos en correspondencia a la situación del COVID - 19, logrando reflejar patrones futuros de comportamiento, como el nutricional, donde el consumo de verduras y frutas van en aumento ya que son alimentos que ayudan a mantener elevado el sistema inmunológico, principal punto para evitar el contagio del COVID - 19.

Otros comportamientos visibles, han sido también registrados como: el uso del barbijo, distanciamiento social, suspensión de reuniones familiares, no reuniones ni fiestas, como las costumbristas y/o tradicionales, disposiciones sociales donde hay limitación a circular libremente, obligando a la población a una inmovilización social, empujando a la sociedad a un estrés significativo. También, debemos destacar la creatividad cultural de la población de bajos recursos económicos de reciclar materiales que no corresponden a las especificaciones biosanitarias recomendadas por el MINSA, por ejemplo: telas inadecuadas como barbijos, botellas de plástico como protectores faciales, la automedicación, el rescate de costumbres populares.

Así mismo, entre marzo y julio del 2020, el Estado peruano ha implementado las políticas en salud para contrarrestar los problemas derivados de la pandemia, tomando atención, en aspectos como la alimentación, donde el acceso a alimentos ricos en vitaminas, minerales y proteínas sean mayores; atención médica, donde se limitaba la atención para evitar contagios, pero siendo más inseguro y no favorable; económicamente (bonos), la política de bonos de emergencia por COVID - 19, enviaba a la población un mensaje comunicacional contradictorio: por un lado, las autoridades decían “quédate en

casa”, por otro lado “anda al banco a cobrar”, entre muchas otras; sin embargo, hay que resaltar que la situación de salud visualizada es la carencia del sistema de salud para enfrentar la situación en cuanto atención y apoyo, así como logística, lo que indica que las políticas no han sido las más adecuadas en este contexto, como afirma Cárdenas en su artículo. (Cárdenas, 2020, párr.5,6,7).

Pero, la población ha dado giros interesantes al recurrir a sus prácticas tradicionales (medicina tradicional) como medio de curación o prevención en este contexto. Lo que indica que ésta relación cultural tradicional-medicina no está olvidada por la población; por ejemplo, el consumo de expectorantes naturales ha ido en aumento, esto como una acción más rápida ante la carencia de la atención en salud. Cabe resaltar, que la atención en salud y los medicamentos subieron de precios o escasearon haciéndose más dramática la situación de vulnerabilidad del conjunto de la población.

En esta perspectiva, las políticas de salud practicadas por el gobierno peruano, no tuvo ni tiene una visión intercultural, para enfrentar el problema en un país tan diverso, especialmente en la atención en salud. Obligando a la población a usar y hacer practica de costumbres benéficas y también nocivas (automedicación), donde la población por mantener su salud y la vida utiliza productos considerados médicos como alternativas de solución.

Por supuesto, necesitamos que el gasto estatal sea mucho más eficiente y libre de corrupción, pues lo que también ha desnudado el Coronavirus es que los corruptos no se detienen ante el dolor humano y la tragedia humanitaria. Por el contrario, aprovechan ésta situación, venden y/o compran mascarillas, medicinas, alimentos o balones de oxígeno a precios sobrevalorados y de dudosa calidad. Estamos de acuerdo con Cárdenas (2020) en que la corrupción sigue viva e invariablemente en medio de la desgracia y hay que enfrentarla con decisión, transparencia, eficiencia y sanciones drásticas.

3. La transmisión del Covid - 19 como problema sociocultural

La información actual, indica que el virus puede provocar síntomas leves similares a los de la influenza. Según los datos más recientes, los síntomas más frecuentes son: fiebre (83%-98%), tos (68%) y disnea (19%-35%). Asimismo, éstos datos indican que el 81% de los casos parecen ser leves, cerca del 14% parece devenir en un cuadro grave y alrededor de 5% son casos críticos (OPS, 2020, parr 1).

El virus que causa la enfermedad COVID-19 puede infectar a las personas de cualquier edad, pero el riesgo de un cuadro más grave aumenta gradualmente con la edad empezando alrededor de los 40 años.

La evidencia hasta la fecha, sugiere que dos grupos de personas tienen un mayor riesgo de sufrir cuadros graves atribuidos a la enfermedad COVID-19. Estos son, las personas mayores (es decir, aquellas personas con más de 60 años de edad) y aquellos con condiciones médicas preexistentes (como enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades crónicas respiratorias y el cáncer).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2021) en el Perú, el primer caso confirmado fue el 5 de marzo del 2020, desde esa fecha hasta el 13 de enero de 2021 se han informado 1 043 640 casos positivos de COVID-19 y 4 688 897 casos negativos y 38 473 defunciones (parr. 2).

En la opinión de Cabanillas (2020), exceptuando las vacunas y tratamientos antivirales, los principales métodos para gestionar la no propagación de epidemias (comunicación de riesgos, prácticas de higiene y distanciamiento social), se sustentan en

el cambio de conducta. Así, las conductas de protección tienen un papel importante en la reducción de la propagación de epidemias e implican elecciones personales voluntarias, emociones y diversos tipos de percepciones.

Asimismo, en el contexto rural las medidas de prevención, también han conllevado a cambios de conducta, pero no solo la práctica de las nuevas medidas sino el recurrir al uso de su conocimiento ancestral en medicina como medida preventiva y de protección.

Sin embargo, según Cabanillas (2020), en el contexto peruano, existen muestras de incumplimiento de las disposiciones sobre la cuarentena, movilidad comunitaria y distancia social, limitando la eficacia de las acciones del control de la epidemia. La reciente publicación del D.S. N° 094-2020-PCM, que establece medidas hacia una nueva convivencia social en la que de manera explícita considera que la contención de la pandemia depende también de la responsabilidad de los ciudadanos. (p. 3) Pero las acciones ciudadanas no han sido tan responsables reflejando enfrentamientos bajo la idea “de que no nos va a suceder nada” o a mencionar también “nosotros estamos bien alimentados” afirman algunas personas.

Con esta información se puede analizar que las nuevas conductas no sólo son de acciones de protección ante el virus; sino que también, corresponden a un conjunto de situaciones de desacato y enfrentamiento a la autoridad y a la seguridad de su vida y de los miembros de su entorno inmediato familiar.

4. El aspecto sociocultural y la salud frente al Covid - 19 en el Perú

Existe un cierto grado de injusticia al juzgar duramente la supuesta falta de competencia intercultural de los profesionales de salud, cuando se les exige que actúen en forma absolutamente contraria al modelo en que han sido formados.

El problema es estructural y por eso, las implicancias de aplicar la interculturalidad en salud significan para la medicina adoptar un nuevo paradigma, no adquirir algunas competencias adicionales dentro del paradigma vigente. (Salaverry, 2010, p. 90)

Se producen barreras en la comunicación y calidad de trato, por códigos culturales distintos, rituales, símbolos, rol de las familias y comunidades, percepciones sobre el cuerpo y el pudor de las mujeres indígenas, muchas veces incomprendidos, o por estilos de crianza distintos.

Frente a este panorama, se requiere un reconocimiento y valoración de los conocimientos y saberes de sistemas de salud tanto occidental como indígena, siempre apuntando a una complementariedad de ambos mundos. (Hasen, 2012, p. 20).

Sin embargo, la falta de éstos conocimientos de códigos culturales o “Síndromes Culturales” como menciona Pariona (2014) para explicar las enfermedades, limita el trabajo del médico, adicionalmente el estrés por la misma situación y condición de pandemia conlleva a una falta de interculturalidad en el momento de la atención, no hay tiempo, recursos ni conocimientos para pensar en actos más interculturales.

Pero si desde la formación médica se enseña a tener en cuenta esto y considerarlo como un punto de apoyo. No sería tan difícil actuar en situación de estrés bajo la visión de interculturalidad. Al respecto existen experiencias desarrolladas en la Amazonia peruana, como el caso del Programa de Salud Indígena (PSI-Aideseq) que tiene la finalidad de mejorar la calidad de la salud de las comunidades. Teniendo como estrategia equipos itinerantes en comunidades indígenas de la región Ucayali, conformados por una enfermera, un representante de la organización y un especialista de la medicina indígena, como parteras, vaporadoras o sobadores (Aideseq, 2010, 2011; Hvalkof, 2003a; Reátegui, 2005; Reátegui Silva, 2003). (citado por Cárdenas, 2017, p. 156).

Esto nos refleja cuan importante es la conformación de grupos interdisciplinarios en salud, donde el “médico andino” (Pariona, 2014, p. 51) deben ser considerado en igual condición de ayuda y solución, respetando su posición en condición de atención.

Así, la formación de recursos humanos en salud con orientación intercultural supone mejoras en la competencia técnica y humana del personal de salud, incidiendo en el respeto, en el trato a los usuarios, en el reconocimiento de sus tradiciones culturales, en el combate a la exclusión social, en la atención y la equidad en salud a los distintos grupos étnicos, sólo brindando una capacitación del personal se logrará esa relación médico-paciente efectiva y sensible (Hasen, 2012, p. 21).

Desde la posición de Hasen, (2012) se debe asegurar la implementación y fortalecimiento de acciones al interior de las propias comunidades, con trabajo en las sedes sociales y establecimientos educacionales, con la finalidad de prevenir problemas de salud, a través de la capacitación y sensibilización tanto de las comunidades como de los agentes de salud oficial en temas de salud intercultural (Hasen, 2012, p. 21, 22).

La enfermedad del COVID-19, ha desnudado de manera cruda y real, la terrible situación sanitaria del Perú: hospitales poco preparados en infraestructura y equipos de bioseguridad (laboratorios especializados, camas UCI, entre otros y carencia de personal sanitario especializado y una población geriátrica abandonada, médicos mal remunerados, sin seguro médico, y principalmente políticas sociales sin visión intercultural y, de acuerdo con Maguiña (Maguiña, 2020, p. 8) expresamos que la finalidad de la medicina es curar y sobre todo prevenir, pero siempre considerando al individuo, como ser, principal en las diferentes acciones que se tome.

5. Conclusión

En el contexto de la COVID – 19, la población peruana aplicó diversas prácticas culturales en salud basándose en su conocimiento ancestral en medicina como medida preventiva y de protección.

El Estado aplicó un conjunto de medidas para mitigar la crisis económica; sin embargo, no se evidenció en la población vulnerable, generándose la aplicación de los conocimientos empíricos en salud y reusarse a aplicar las medidas de confinamiento dadas por el Estado.

Frente a este panorama el conocimiento occidental como indígena deben apuntar a una complementariedad, de esta forma se enfrenta eficientemente situaciones de crisis.

Referencias

- Becerra, S. (2016). Descripción de las conductas de salud en un grupo de estudiantes universitarios de Lima. *Revista de Psicología* 34,(2), 242,244. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472016000200002
- Cabanillas Rojas, W. (2020). *Conducta y propagación del COVID-19 en el Perú: marco de referencia para el diseño de intervenciones conductuales de salud pública*. Universidad Católica Sedes Sapientiae. Lima, Perú. file:///C:/Users/Juan/Downloads/1261%20(2).pdf
- Cárdenas, A. (2020). *Cien días de confinamiento: lo bueno, lo malo y lo feo*. En https://rpp.pe/columnistas/alonso_cardenas/cien-dias-de-confinamiento-lo-bueno-lo-malo-y-lo-feo-noticia-1275035
- Cárdenas, C, Pesantes, M. & Rodríguez, A (2017). Interculturalidad en salud: reflexiones a partir de una experiencia indígena en la Amazonía peruana. *Anthropologica*,

- 35(39), 151-169. <https://dx.doi.org/10.18800/antropologica.201702.007>
- Centro Nacional de Salud Intercultural, (CENSI). (2019). *Salud intercultural - CENSI*. [mensaje en blog]. Instituto Nacional de la Salud, Lima. <https://web.ins.gob.pe/es/censi>
- San José (11 de diciembre de 1981). *Declaración de San José sobre etnodesarrollo y etnocidio en América Latina*. En <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/catalog/resGet.php?resId=13135>
- Dussel, E. (2016). Transmodernidad e Interculturalidad. *Astrágalo: Cultura de la Arquitectura y la Ciudad*, (21), 31-34. En <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7008889>
- Goicochea Ríos, E. (2012). Interculturalidad en salud. *UCV, Scientia*, 4(1), 52-55. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4366608>
- Hasen Narváez, F. N. (2012). Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. *Ciencia y Enfermería*, XVIII(3), 17- 24. En <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000300003>
- Maguiña Vargas, C. (2020). Reflexiones sobre el COVID-19, el Colegio Médico del Perú y la Salud Pública. *Acta Med. Perú*. 37(1), 8-10. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000100008
- Nureña, C. (2009). Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. *Panamericana de Salud Pública, Public Health. Perú*. 26(4), 368-376. <https://scielosp.org/article/rpsp/2009.v26n4/368-376/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2021). *Respuesta a la emergencia por COVID-19 en Perú*. En <https://www.paho.org/es/respuesta-emergencia-por-covid-19-peru>
- Pariona, W. (2014). *Salud y Enfermedad en Ayacucho: La Medicina Tradicional en el escenario del siglo XXI*. Tesis para optar el grado académico de Doctor en Ciencias Sociales, especialidad en Antropología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4082>
- Bartolomé, Miguel A. et al. (30 de enero 1971), *Primera Declaración de Barbados: Por la Liberación del Indígena*. En http://www.servindi.org/pdf/Dec_Barbados_1.pdf
- El Peruano (05 de diciembre de 1993) Aprueban el "Convenio 169 de la OIT sobre pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes", *Resolución legislativa núm. 26253.*, En <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6747.pdf>
- Salaverry, O. (2010). Interculturalidad en salud. *Peruana de Medicina experimental y Salud Publica*. 27(1), 80-93. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v27n1/a13v27n1>
- Yon Leau, C. (2017). La interculturalidad realmente existe en Salud. *Revista Argumentos*, 3(11), 36-41. Perú. <https://argumentos-historico.iep.org.pe/articulos/la-interculturalidad-realmente-existente-salud/> ISSN 2076-7722