

## Diagnóstico de la situación de salud en las comunidades alto andinas del departamento de Áncash-Perú

Gustavo Aliaga<sup>1</sup>, Miguel Durand<sup>2</sup>

---

### RESUMEN

**Objetivo:** Determinar el diagnóstico de la situación de salud en las comunidades campesinas alto andinas con difícil acceso a los servicios del Ministerio de Salud (MINSA), ubicadas en zonas de alta dispersión poblacional correspondientes a las provincias de Huarí y Carlos Fermín Fitzcarrald del departamento de Áncash.

**Material y Métodos:** Se analizó y consolidó los informes médicos y antropológicos de 32 comunidades campesinas atendidas por el Equipo Local Itinerante de Trabajo Extramural en Salud (ELITES) durante los meses de febrero a diciembre del 2003. **Resultados:** El 3% de la población atendida fue considerado sano, según el diagnóstico médico. La desnutrición crónica es más prevalente en los menores de 5 años, mientras que entre los escolares y adolescentes predomina la desnutrición aguda. La caries dental se ubica en el primer lugar como causa de enfermedad. **Conclusión:** Las enfermedades bucales son la primera causa de enfermedad tanto a nivel general como en los diferentes grupos estudiados; seguida de la parasitosis y la desnutrición

**Palabras clave:** Diagnóstico de la Situación de Salud en Grupos Específicos, Morbilidad, Prevalencia, Perú, Áncash.

### ABSTRACT

**Objective:** To determine the diagnostic of the situation of health of the rural communities with difficult access to the services of the Ministry of Health, located in areas of high populational dispersion corresponding to the provinces of Huarí, Yauya and Carlos Fermín Fitzcarrald of the department of Áncash (Perú).

**Methods:** The medical and anthropological reports of 32 rural communities were analyzed and consolidated by the Itinerant Team of Work in Health during the months of february to december of 2003. **Results:** Only

3% of the assisted population was considered healthy, according to the medical diagnosis. The chronic malnutrition is more prevalent in those younger than 5 years, while among the scholars and adolescents the acute malnutrition prevails. The dental diseases were the most frequent cause of illness. **Conclusions:** The dental diseases are the first illness cause as much to general level as in the different studied groups; followed by the parasitosis and the malnutrition.

**Keywords:** Diagnosis of Health Situation in Specific Groups, Morbidity, Prevalence, Peru, Áncash.

### INTRODUCCIÓN

Desde Junio de 1998 el Ministerio de Salud (MINSA), a través del Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG), conjuntamente con el apoyo de la Comunidad Europea, han venido estructurando una estrategia de actividad de campo que tiene la misión de incluir progresiva y regularmente a las poblaciones con alta dispersión en la atención básica de salud, a cargo de los Equipos Locales Itinerantes de Trabajo Extramural en Salud (ELITES) fortaleciendo las redes de salud básicas y el sistema de vigilancia epidemiológica.<sup>1</sup>

Los ELITES ofrecen una atención de salud integral que busca ser oportuna, de calidad, con calidez, eficacia y respeto a las costumbres culturales. Este equipo multidisciplinario está integrado por seis personas: un médico, un enfermero, un odontólogo, un obstetra, un técnico de enfermería y un antropólogo, con un mínimo de dominio del idioma nativo y experiencia previa en trabajo de campo.

La población altamente dispersa la constituyen comunidades campesina, caseríos y localidades consideradas pobres o muy pobres según el mapa de pobreza 2003 del Ministerio de Economía y Finanzas y que se encuentran alejados de un establecimiento de

---

<sup>1</sup> Miembro de los Equipos Locales Itinerantes de Trabajo Extramural en Salud (ELITES) de la Dirección Regional de Salud Áncash (DIRESA-Áncash).

<sup>2</sup> Ex Coordinador del Programa de Administración de Acuerdos de Gestión, Salud Básica Para Todos (PAAG-SBPT) de la DIRESA de Áncash. Médico Cirujano del Hospital de Apoyo "Víctor Ramos Guardia" (Huaraz-Áncash).

Correspondencia: gualro@yahoo.es

salud o que esporádicamente reciben la atención por personal de salud.

Los ELITES\* sirven en 51 provincias y 151 distritos a nivel nacional y corresponden a los departamentos más pobres del Perú. Para el año 2000 se habían incorporado al sistema formal de salud 160 615 pobladores distribuidos en 1 619 poblaciones (883 localidades, 510 comunidades nativas y 226 centros poblados), donde cada uno de los beneficiados había recibido un promedio de 2.3 atenciones.<sup>2</sup>

### Situación social

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y R. Flores, el departamento de Áncash está considerado entre los más pobres del Perú.<sup>3,4</sup> El Análisis de la Situación de Salud (ASIS) 2003 preparado por la Dirección Regional de Salud de Áncash (DIRESA Áncash) señala lo siguiente:<sup>5</sup>

- El 90.9% de los distritos se encuentra en uno de los niveles de pobreza: pobre (43.6%), muy pobre (36.4%) y pobre extremo (10.9%).
- Los servicios básicos con los que cuenta la población son: agua (76.4%), desagüe (37.4%) y electricidad (55.1%).
- El analfabetismo alcanza el 19.2% de la población.
- Cuenta con 59 establecimientos de salud del MINSA divididos en un hospital, diez centros de salud y cuarenta y ocho postas.

En todo Áncash se cuenta con tres grupos ELITES distribuidos en la siguientes redes de salud: Pomabamba, Pallasca y Huari; en donde se identifican a las comunidades campesinas beneficiarias.

El presente estudio tiene como objetivo determinar el perfil epidemiológico y socio-cultural de las comunidades alto andinas de la red de salud Huari a través de los informes médicos y antropológicos de las intervenciones realizadas por el grupo ELITES.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizó y consolidó los informes de atención médica<sup>6-9</sup> y los informes antropológicos<sup>10-13</sup> de 32 comunidades campesinas intervenidas de febrero a diciembre del 2003.

Las 32 comunidades intervenidas fueron seleccionadas por la Unidad Territorial de Salud (UTES) de Huari en coordinación con la DIRESA de Áncash, y correspondieron a los distritos de Huachis y Rapayán de la provincia de Huari, y a los distritos de San Nicolás y

San Luis de la provincia de Carlos Fermín Fitzcarrald.

Los criterios de selección, además de la situación de pobreza, fueron la inaccesibilidad a un establecimiento de salud, entre seis a ocho horas a pie, y la cantidad de habitantes por comunidad, prefiriendo a las de mayor número de darse el caso. Todas las comunidades intervenidas tienen como idioma nativo el quechua.

Las intervenciones se realizaron cada tres meses con el fin de garantizar el acceso a los servicios básicos de salud; además de facilitar el empoderamiento de hábitos y costumbres de salud.

El antropólogo se encargó de facilitar la relación entre la comunidad beneficiaria y el equipo de salud, asimismo se reunió con las autoridades y algunos grupos de importancia (por ejemplo el club de madres) con el fin de promover estrategias y establecer acuerdos que favorezcan el mejoramiento de la salubridad. También tuvo a su cargo fortalecer el Sistema de Vigilancia Comunal (SIVICO), actualizar el censo de la población por grupos etarios, la confección de mapas geosanitarios que permitiesen identificar a las personas o familias en riesgo y las entrevistas sociales tipo semi-estructurada.

La atención en salud se brindó en algún local de la comunidad y, de ser el caso, se atendió casa por casa. Fue de manera integral considerando las necesidades de los pobladores:

- **Enfermería:** evaluación de peso y talla de los pacientes entre 0-19 años de edad y la orientación nutricional respectiva.
- **Obstetricia:** Consejería en planificación familiar a los pacientes entre 15-49 años de edad, captación y control de gestantes y puérperas.
- **Odontología:** fluorización a niños de seis a doce años de edad, ejecución de exodoncias y destartrajes a la población en general y sellantes a niños de seis a ocho años de edad.
- **Médico:** examen clínico convencional a la población en general y, de darse el caso y las condiciones, la cirugía menor respectiva.

Se priorizó la atención y “captación” de gestantes. Una gestante se consideró “captada” cuando se le identifica como tal y se procedía a realizar el primer control de embarazo. El proceso de identificación se realizó mediante la anamnesis junto con el examen clínico cuando era permitido por la paciente y/o sus familiares; en algunos casos, se empleó el Pronosticon®. Esta prueba de embarazo consiste en determinar la presencia de la gonadotropina coriónica humana en la orina de la

\* A partir del 2006 el programa ELITES pasó a formar parte del programa Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED).

paciente. Si persistía alguna duda de su condición de gestante se informó al establecimiento de salud más cercano para que realice el descarte de embarazo correspondiente.

El examen clínico y las cirugías menores de cada una de las especialidades se realizaron con las técnicas convencionales y mediante el instrumental apropiado. En caso necesario la atención se ajustó a las condiciones del lugar y a los patrones de idiosincrasia de la persona. Asimismo se realizaron las referencias de los pacientes que requirieron ser atendidos en establecimientos de mayor capacidad de resolución.

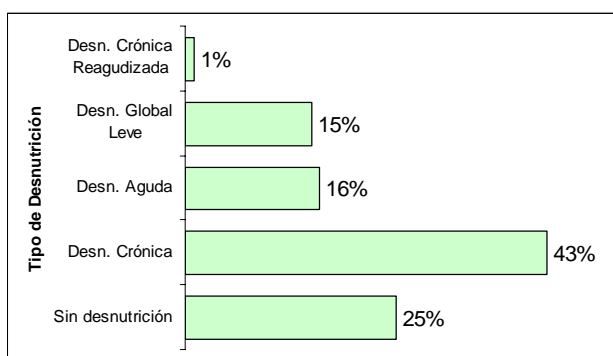
**RESULTADOS**

Se atendieron un total de 7 286 personas en 32 comunidades campesinas. Sólo el 3% de la población atendida fue considerado sano, según el diagnóstico médico; este criterio se baso en la anamnesis y la falta de signos y síntomas durante el examen clínico.

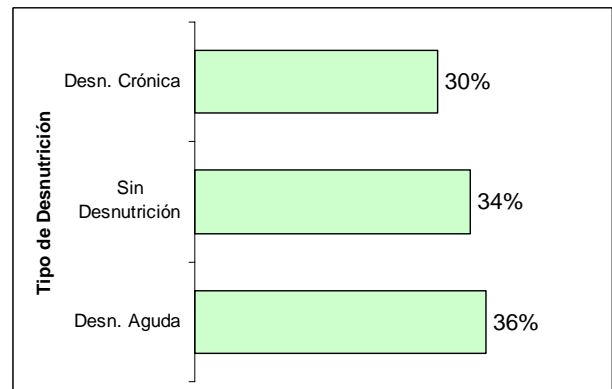
La desnutrición crónica fue más prevalente en los menores de cinco años de edad (ver Figura 1), mientras que en la población escolar y adolescente, que va desde los 6 a 19 años de edad, predomina la desnutrición aguda como se observa en la Figura 2.

La caries dental fue la primera causa de enfermedad con una prevalencia de 33%, en segundo y tercer lugar se ubican la parasitosis y la desnutrición con 27% y 18% respectivamente (ver Figura 3). Estas condiciones, que generalmente se encuentran asociadas, responden a un sinnúmero de factores, desde las condiciones de salubridad hasta las socioeconómicas, condiciones que persisten en el resto de la población por lo que no extraña encontrarlas en igual ubicación entre las diez primeras causas de morbilidad en la población general (ver Figura4). La faringitis, el resfrío común y la bronquitis alcanzan juntas un 18%.

**Figura 1:** Desnutrición en menores de 5 años en las comunidades alto andinas. Áncash-Perú. ELITES III-2003.



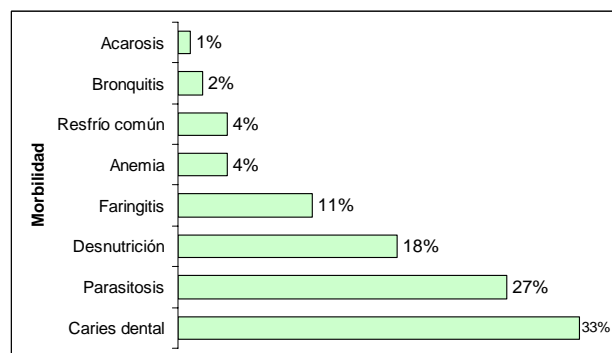
**Figura 2:** Desnutrición en la población escolar y adolescente en las comunidades alto andinas. Áncash-Perú. ELITES III-2003.



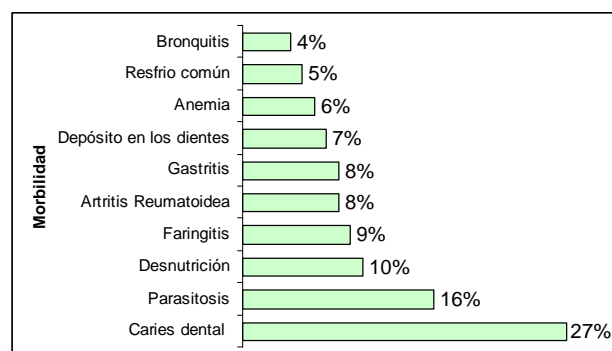
Se observó además que la caries dental representaba también la causa de morbilidad más frecuente en gestantes con un 82%.

La multiparidad presenta la condición de riesgo más frecuente en gestantes con un alto porcentaje (52%) y un promedio de tres a cuatro hijos por mujer, siendo el mayor valor registrado de 11 hijos en una mujer.

**Figura 3:** Morbilidad en la población escolar y adolescente. Áncash-Perú. ELITES III-2003.



**Figura 4:** Morbilidad general. Áncash-Perú. ELITES III-2003.



La condición de gestante adolescente y un periodo intergenésico corto siguen en la lista con un 22% y 14% respectivamente. A esto debemos añadir que el 32% de todas las gestantes atendidas fueron “captadas”, es decir no tenían ningún control prenatal previo.

Entre las enfermedades dento-periodontales se consideraron a la caries dental, la gingivitis y las periodontopatías. En ese sentido debemos añadir que se obtuvo el número de Dientes Cariados + Perdidos + Obturados (CPOD) y el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) en 50 niños de 12 años de edad. El CPOD obtenido fue 4.5 y el IHO-S obtenido fue de 2.2 lo cual se considera como malo, a esto debemos añadir que el 50% de los niños no tenían un cepillo dental y casi un 30% de los que lo tienen lo usan ocasionalmente.

## DISCUSIÓN

Durante el tiempo que el grupo Elite III ha venido trabajando en la ruta de Huari ha realizado una serie de observaciones en el campo de la salud, gracias a la colaboración de las autoridades, líderes y curanderos de las comunidades visitadas, asimismo del personal de salud que trabaja en los diferentes establecimientos de la zona.

En ese sentido, es necesario considerar algunas condiciones socioeconómicas de las comunidades intervenidas que nos permitan comprender su perfil de morbilidad. Entre ellas podemos mencionar a las actividades como la agricultura, la ganadería y la artesanía en pequeña escala, orientadas al autoconsumo y en menor proporción a la venta con lo que logran complementar sus necesidades básicas.

Estas comunidades se encuentran ubicadas entre los pisos ecológicos quechua y jalca (2000 a 4500 m.s.n.m.), por lo que las tierras aptas para el cultivo son escasas y la tecnología utilizada para la siembra y cosecha es tradicional; asimismo, el agua para el riego proviene de los meses de lluvias (octubre a marzo). Su producción, dependiendo de los pisos ecológicos es: papa, olluco, oca, mashua, trigo, cebada, lentejas y maíz.

Su ganadería es de baja escala. Consiste en la crianza de algunas aves (gallinas y patos), ganado vacuno, caprino, porcino, ovino y, especialmente la crianza de cobayos (cuy). Esta actividad es destinada más al autoconsumo, a la venta por menor o al trueque, con la que se adquieren otros alimentos como arroz, fideos, azúcar, sal, etc. La carne está presente en su dieta pero ocasionalmente y, en algunos casos, sólo durante las festividades. Al respecto es interesante mencionar que el varón joven y adulto recibe más alimento que la mujer joven y adulta y, a su vez ellos, más que los niños y ancianos.

A esto debemos añadir que el ingreso diario (jornal) oscila entre los cinco y diez nuevos soles. Un jornal es de ocho horas y dependiendo de la actividad requerida, se contrata a un varón, una mujer adultos o a un adolescente. En todos los casos, el desayuno y el almuerzo corren por cuenta de quien contrata al jornalero. Y el pago por jornal que recibe la mujer siempre es menor al del varón.

Por otra parte, los niños desde los cinco años de edad, intervienen en las actividades económicas de la familia (pastoreo del ganado, arreo de acémilas, cultivo de la tierra, transporte de leña, etc.) lo que conlleva a un sobre esfuerzo físico y a una continua exposición frente a las inclemencias geográficas y climáticas, donde la temperatura según la altitud varía entre los 4° y 24° C y en la época de “helada” (invierno) puede llegar a los 10° C bajo cero.

Todas estas características socioeconómicas condicionan severos cuadros de desnutrición, alcanzando la desnutrición crónica un 43% en los menores de cinco años, cifra mucho mayor si lo comparamos con el promedio nacional señalado por el INEI en el ENDES-2000 de 25.4%; pero si consideramos el valor nacional para el área rural de 40.2% observamos una mayor semejanza.<sup>14</sup> Según la Oficina General de Epidemiología (OGE) Áncash tiene una tasa de desnutrición crónica de 34.5%, seguida de la desnutrición global leve de 6% y una desnutrición aguda de 0.4%, en todos los casos los valores encontrados en estas comunidades son mucho mayores.<sup>15</sup>

El Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el Perú elaborado por la ONU-2004, dice al respecto: “La desnutrición crónica es el indicador que mejor refleja los efectos a largo plazo de una dieta inadecuada (deficiente en yodo, hierro y micronutrientes), una enfermedad recurrente o ambas. Por ello es el mejor indicador de la persistencia de privación en el largo plazo.”<sup>16</sup> Tanto el informe de la ONU-2004 como la ENDES-2000 señalan un 7.1% de niños menores de cinco años con desnutrición global, cifra mucho menor a la registrada por nosotros (15%). Al respecto, Segura en el libro Pobreza y Desnutrición Infantil dice: “el 56% de las muertes en niños menores de cinco años fueron atribuibles al efecto de la malnutrición, y el 83% de estas muertes fueron debidas a una desnutrición leve a moderada.”<sup>17</sup>

La desnutrición aguda (37%) es la condición de mayor prevalencia en la población escolar y adolescente, este resultado puede relacionarse con los obtenidos en la población menor de cinco años si consideramos sus resultados como una proyección a futuro. Por otro lado la desnutrición crónica registra un 30%, valor mucho menor si lo comparamos con el reportado en el Plan nacional de alimentación y nutrición de 1999 que es del 54.3% para los niños de seis a nueve años a nivel de Áncash, un dato más reciente lo ofrece el Ministerio de

Agricultura, que señala un 48.5% de desnutrición crónica para el área rural a nivel nacional en el año 2000. En ambos casos debemos tener presente las diferencias de grupos étnicos.<sup>18,19</sup>

Un dato importante que resaltar es la falta de agua potable, inclusive en las capitales de los distritos intervenidos. Sus comunidades no cuentan con este servicio, sólo tienen un sistema de abastecimiento de agua entubada que no recibe ningún tipo de tratamiento. En las comunidades más alejadas se consume agua de puquios y ríos, no existen servicios de alcantarillado y sólo en algunas comunidades existen letrinas, la mayoría de ellas mal ubicadas favoreciendo la contaminación hidrofeca. No se elimina de manera adecuada la basura, ni las aguas residuales. A todo esto debemos añadir que las condiciones de higiene son deficientes tanto a nivel personal como a nivel familiar. Las viviendas construidas con materiales locales (tapial, madera, adobe, techo de tejas e ichu) no guardan las mínimas condiciones de higiene pues existe una mala distribución de los ambientes y, en la mayoría de casos, los animales conviven conjuntamente con las personas.

Esta situación es un importante condicionante de las dos primeras causas de morbilidad en escolares y adolescentes, la caries dental (33%) y la parasitosis (27%) ambas, producto esencialmente de una higiene deficiente; mientras que la faringitis, el resfrío común y la bronquitis que juntas representan un 17% responden no sólo a la condición de higiene deficiente y hacinamiento sino a las inclemencias de un clima bastante frío. Estos resultados concuerdan con lo reportado por el MINSA-OGE ASIS 2003, donde se señala que en el ciclo de vida de cinco a nueve años de edad predominan las enfermedades de la cavidad bucal y las parasitarias; asimismo para los adolescentes la principal causa de morbilidad es la Infección Respiratoria Aguda (IRA), aunque en algunos departamentos como el Callao, Junín, Madre de Dios, Moquegua, Tacna, Ucayali y Puno la primera causa de morbilidad lo ocupa enfermedades de la cavidad bucal.<sup>20</sup>

Con respecto a la salud de la mujer, la elevada tasa de multiparidad tiene una explicación de carácter multifactorial, como el menor acceso a la educación y la idiosincrasia de las comunidades, sobre todo del varón. Las condiciones de gestantes adolescentes y de periodo intergénésico corto registran 22% y 14% respectivamente, si consideramos que la edad de inicio promedio de las relaciones sexuales en el varón y en la mujer alto andinos

es de 14 y 12 años respectivamente, podemos considerar que las charlas de planificación familiar y de métodos anticonceptivos no ha dado los resultados esperados entre los adolescentes.<sup>13</sup>

Cerca del 95% de las mujeres alto andinas entrevistadas utilizaba como método de planificación familiar la Depoprovera® (acetato de medroxiprogesterona) esto concuerda con el estudio de Yon, así como una serie de supersticiones, sobre la suspensión de la menstruación que se va a la cabeza y ocasiona locura y cáncer.<sup>21</sup>

El 32% de todas las gestantes atendidas fueron “captadas”; es decir, no había realizado control prenatal previo. Este alto porcentaje obedece a varias razones, entre ellas, la lejanía de las comunidades al puesto de salud, la idiosincrasia de la familia campesina (temor al examen clínico, pero sobre todo al examen de sangre) y a la falta de personal de salud. Si a todo esto le sumamos otras condiciones sociales desfavorables, como el uso estricto del quechua por la mayoría de mujeres campesinas en lugar del castellano, la alimentación deficiente en cantidad y calidad, la carencia de un adecuado sistema de servicios higiénicos, la falta de higiene y la excesiva actividad física por el medio geográfico y las actividades económicas; existe por lo tanto, un alto riesgo obstétrico que se puede reflejar en una mayor muerte materna y perinatal.

Dentro de las causas de morbilidad de la población gestante, el primer lugar corresponde a las enfermedades dentoperiodontales, estos resultados obedecen a varios factores, como los malos hábitos de higiene, la placa bacteriana, pero sobre todo, a la presencia de las hormonas sexuales (estrógenos y progesterona) que condicionan cambios en el pH salival, tornándolo más ácido y con una menor capacidad buffer; asimismo incrementa la susceptibilidad inflamatoria de los tejidos periodontales.<sup>22</sup>

En la población general, identificar las primeras causas de morbilidad ayudar a su vez en la mejor identificación de las necesidades sanitarias; el primer lugar lo ocupa la caries dental con un 27% y si a este valor le agregamos el de depósitos en los dientes (7%), estamos frente a más de la tercera parte de la población que presenta patologías dentales. Por largo tiempo se creyó que la caries dental era una enfermedad relacionada con el consumo de alimentos azucarados, por lo que se le consideró, en un primer momento, como una enfermedad típica de la gran ciudad, y de baja prevalencia entre la gente del campo. Ahora está comprobada su asociación no con el tipo de alimentación, sino con una deficiente higiene bucal. Alvarado publicó una tesis sobre la prevalencia de caries dental en la provincia de Huaraz (Áncash) en pacientes de 15 a 30 años de edad, señalando que el área urbana tenía un 63.8% de prevalencia y el área rural un 89.8%.<sup>23</sup> Sin embargo, según el MINSA-OGE en el ASIS del 2003 las enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares registran a nivel nacional tan solo un 12.4%; para el departamento de Áncash un 10.9%, las zonas rurales a nivel nacional un 11.7% y según la pobreza, pobres 12.9%; muy pobre

11,6% y pobres extremos 10.1%. Para todos los casos las cifras que presentamos son mucho mayores.<sup>23</sup>

La parasitosis y la desnutrición ocupan el segundo y tercer lugar con un 16% y 10% respectivamente de las causas de morbilidad general; ambas se condicionan por las características sociales antes descritas y, además por la mutua relación que existe entre las mismas, ya que todo paciente parasitado tiende a la desnutrición. Debemos precisar que el diagnóstico de parasitosis se determinó sólo a través de la anamnesis y del examen clínico por carecer de un personal preparado y del equipo de laboratorio necesario, por lo que no es conveniente aplicar con una perspectiva comparativa con otros estudios que si cuentan con exámenes de laboratorio. Sin embargo, según el INEI en “Perú Compendio Estadístico 2003”, señala que las enfermedades infecciosas y parasitarias registran el 16.4% en el cuadro de morbilidad hospitalaria a nivel nacional.<sup>24</sup>

La faringitis, el resfrío común y la bronquitis, enfermedades incluidas dentro del término IRA, alcanzan un 18% de la morbilidad general; resultado ligeramente mayor al señalado por la UTES-Huari de 17.,2% para las enfermedades del aparato respiratorio en su consolidado de morbilidad hospitalaria correspondiente al año 2003.<sup>25</sup> Asimismo es necesario considerar que las IRAs ocupan el primer lugar como causa de muerte en los niños menores de cinco años, la segunda causa de muerte en los menores de un año y además ocupa el primer lugar como motivo de consulta médica en los diferentes establecimientos de salud; sin embargo, los resultados que presentamos nos permiten concluir que la caries dental es la primera causa de morbilidad no mortal de la población alto andina.

Finalmente debemos hacer referencia al pensamiento andino. La visión de la salud, de la enfermedad y de su curación guarda una relación ancestral con las fuerzas de la naturaleza y con la existencia del bien y del mal. Es común encontrar en estas comunidades un curandero, curioso o partero, quienes gozan de mucho respeto e influencia. Esta condición debemos respetarla y no caer en el *juego* de la rivalidad, pues el éxito de un profesional de salud de campo o el de un programa orientado hacia las zonas rurales depende de nuestra capacidad de respetar y manejar las tradiciones médicas de la comunidad.

Un buen desempeño implica asumir el papel de puente entre la medicina tradicional y la medicina científica evitando que aparezcan como actividades competitivas.

Por ejemplo, el “susto” y el “mal de ojo” son dos conceptos de enfermedad muy comunes en las zonas intervenidas. Los curanderos y los ancianos lo entienden como la pérdida parcial del alma debido a una fuerte impresión de miedo por algún suceso imprevisto, por cruzar o permanecer en algún lugar de connotación

cabalística para ellos como un cerro, una ruina, un lago, etc. Se presenta en toda edad, sus principales síntomas son palidez, pérdida de peso, inapetencia, sed, sueños sobresaltados, depresión, etc. y su tratamiento tiene por objeto lograr la restitución del alma mediante procedimientos muy variados; entre los cuales, el método terapéutico más utilizado es la ‘limpieza de cuy’. El “mal de ojo” afecta fundamentalmente a los niños de corta edad, y su causa es la acción de la ‘mirada fuerte’ de alguna persona que ellos describen como “enfadada”, lo que produce un cuadro clínico muy parecido al del “susto”.<sup>26</sup>

## CONCLUSIONES

- Las enfermedades bucales son la primera causa de enfermedad tanto a nivel general como en los diferentes grupos estudiados; seguida de la parasitosis y la desnutrición.
- La multiparidad representa la condición de riesgo más frecuente entre las gestantes examinadas.

## AGRADECIMIENTOS

A las autoridades de las diferentes comunidades intervenidas, pero sobre todo, a la ayuda desinteresada del ciudadano común que nos brindó alimento y hospedaje. A los profesores que nos ofrecieron sus aulas y sus bancas para atender a su comunidad. A la Congregación Italiana San Juan Bosco por su oportuna ayuda. Un agradecimiento muy especial a los trabajadores de los Centros y Puestos de Salud de la UTES-Huari.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud (Perú) Modelo de Atención para Zonas de Alta Dispersión Poblacional, Serie de Informes Técnicos Nro. 12. Lima: MINSA; 2000.
2. Oficina general de Epidemiología. Análisis de la Situación de Salud en el Perú (Documento de Trabajo) [monografía en el internet]. Lima: MINSA; 2001 [citado 2004 Dic 5] Disponible en: <http://www.oge.sld.pe>
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Compendio Departamental 1996-1997 Áncash [monografía en el internet]. Lima: INEI; 1997 [citado 2004 Dic 5] Disponible en: <http://www.inei.gob.pe>
4. Flores R. Mapa de la Pobreza 2000. Lima: Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social FONCODES 2000 [citado 2005 Junio 6] Disponible en: <http://www.interregionesperu.org/regpiura/MapaDePobreza.pdf>
5. Dirección Regional de Salud Áncash. Análisis Situacional de Salud (Presentación en CD-ROM) Huaraz: DIRESA Áncash; 2003.
6. Dirección Regional de Salud Áncash. Informe de las Actividades Realizadas por el ELITE III Huachis-UTES Huari; 2003 Febrero-Junio-October. Huaraz: DIRESA Áncash; 2003.

7. Dirección Regional de Salud Áncash. Informe de las Actividades Realizadas por el Elite III Rapayán-UTES Huari; 2003 Marzo-Julio-Noviembre. Huaraz: DIRESA Áncash; 2003.
8. Dirección Regional de Salud Áncash. Informe de las Actividades Realizadas por el Elite III San Nicolas-UTES Huari; 2003 Abril-Agosto. Huaraz: DIRESA Áncash; 2003.
9. Dirección Regional de Salud Áncash. Informe de las Actividades Realizadas por el Elite III en San Luis-UTES Huari; 2003 Mayo-Setiembre-Diciembre. Huaraz: DIRESA Áncash; 2003.
10. Lora F. Informe Antropológico de la Zona de Huachis: Dirección Regional de Salud-Áncash; 2003 Febrero. Huaraz: DIRESA Áncash; 2003.
11. Lora F. Informe Antropológico de la Zona de Rapayán: Dirección Regional de Salud-Áncash; 2003 Marzo. Huaraz: DIRESA Áncash; 2003.
12. Lora F. Informe Antropológico de la Zona de San Nicolás: Dirección Regional de Salud-Áncash; 2003 Abril. Huaraz: DIRESA Áncash; 2003.
13. Lora F. Informe Antropológico de la Zona de San Luís: Dirección Regional de Salud-Áncash; 2003 Mayo. Huaraz: DIRESA Áncash; 2003.
14. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 Áncash. [Monografía en el internet]. Lima: INEI; 2000 [citado 2004 Dic 5] Disponible en: <http://www.inei.gob.pe>
15. Oficina General de Epidemiología. Indicadores de Salud Básica 2004-Áncash. Lima: MINSA-OGE, 2004.
16. Organización de las Naciones Unidas. Hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el Perú. Lima: ONU-Perú 2004 [citado 2005 Feb 5] Disponible en [www.onu.org.pe/odm](http://www.onu.org.pe/odm)
17. Segura JL, Montes C, Hilario Cárdenas ME, Asenjo López P, Baltasar Sánchez G. Pobreza y Desnutrición Infantil. 1 ed. Lima: PRISMA ONGD; 2002.
18. Presidencia de la República. Plan Nacional de Alimentación y Nutrición. Lima: Comisión Técnica de Comisión Multisectorial de Política Nutricional, 1999
19. Ministerio de Agricultura. Informe Nacional sobre la Seguridad Alimentaria en el Perú. 1 ed. Lima Ministerio de Agricultura 2002.
20. Ministerio de Salud-Oficina General de Epidemiología. Análisis Situacional de Salud del Perú. Lima: OGE, 2003.
21. Yon C. Hablan las Mujeres Andinas (Resumen) Preferencias Reproductivas y Anticoncepción. 1er ed. Lima: Movimiento Manuela Ramos; 2001.
22. Rodríguez H, López M. El embarazo. Su relación con la salud bucal. La Habana: Rev Cubana Estomatol 2003; 40(2)
23. Alvarado M. Estado de Salud Bucal en adolescentes y adultos jóvenes de la Prov. De Huaraz (Áncash) [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista] Lima: Universidad San Martín de Porres; 2000
24. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú Compendio Estadístico 2003. Ed. de Bolsillo, Lima INEI, 2002
25. Dirección Regional de Salud Áncash. Evaluación Anual de los Programas de Salud. Huaraz: DIRESA; 2004
26. Silva F. El Pensamiento Mágico Religioso en el Perú Contemporáneo tomado de Historia del Perú. 4ta ed. Tomo XII, Lima; Edit Mejía Baca; 1982.