

APROXIMACIÓN A LA SITUACIÓN DE SALUD DE TRES COMUNIDADES ASHÁNINKAS DE LOS RÍOS TAMBO Y ENE, 2006

Carolina Tarqui-Mamani ^{1,2,a}, Javier Vargas-Herrera ^{1,2,b}, Elisa Terreros-Martínez ^{3,c}, Walter Torres ^{3,b}

RESUMEN

En mayo de 2006 se realizó un estudio transversal en tres comunidades Asháninkas ubicadas en las cuencas de los ríos Tambo y Ene, para describir su situación de salud. Se definió la situación salud sobre la base de cinco indicadores: prevalencia de la desnutrición infantil, enfermedades diarreicas agudas (EDA), infecciones respiratorias agudas (IRA), mortalidad materna y mortalidad infantil. Se interrogó a los padres o madres de familia acerca de defunciones en menores de 1 año, defunciones maternas, casos de EDA e IRA. Se evaluó el estado nutricional mediante la medición del peso y la talla en niños de 0 a 6 años y se observó el estado de protección vacunal en los carnés de vacunación. Se realizó 53 entrevistas a los padres y se evaluó a 83 niños en las comunidades de Samaniato, Tziquireni y Mayapo. No se reportó muertes maternas ni infantiles. La desnutrición global alcanzó 43,3% y fluctúa entre 53 a 57% entre los 12 y los 47 meses y aumenta a 58,8% después de los 48 meses. La desnutrición crónica alcanzó al 78,3% de niños evaluados. Los padres reportaron que 53,1% de los niños presentaron un episodio de EDA y 57% de IRA. 98,9% de los niños mayores de un año estuvieron protegidos. Los resultados encontrados permiten una aproximación a la situación de salud en las comunidades Asháninkas, lo cual debe favorecer el diseño de programas de intervención focalizados o acciones de ayuda nutricional dirigidas a los niños de dicha comunidad.

Palabras clave: Servicios de salud indígena, Diagnóstico de la situación de salud; Desnutrición; Perú (fuente: DeCS BIREME).

AN APPROACH TO THE HEALTH STATUS OF THREE ASHANINKAS COMMUNITIES LOCATED IN TAMBO AND ENE RIVERS, 2006

ABSTRACT

In May 2006 a cross-sectional study was conducted in three Ashaninka communities located in Ene and Tambo rivers, to describe their health status. Health status was defined based on five indicators: prevalence of child malnutrition, acute diarrheal diseases (ADD), acute respiratory infections (ARI), maternal mortality and infant mortality. Parents were interviewed about deaths in children under 1 year, maternal deaths, cases of ADD and ARI. We evaluated the nutritional status by measuring weight and height in children aged 0 to 6 years and noted the status of protection in vaccine immunization cards. Was conducted 53 interviews with parents and 83 children were evaluated in the communities of Samaniato, Tziquireni and Mayapo. There wasn't any maternal death and there wasn't any children death. The global malnutrition reached 43.3% and ranges from 53 to 57% between 12 and 47 months and increased to 58.8% after 48 months. Chronic malnutrition reached 78.3% of children assessed. Parents reported that 53.1% of children had an episode of EDA and 57% of IRA. 98.9% of children older than one year were protected. These results allow an approach to the health situation in Ashaninka communities, which should facilitate the design of intervention programs or activities targeted nutritional support for children of this community.

Key words: Health Services, indigenous, Diagnosis of health situation; Malnutrition; Peru (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

Los Asháninkas constituyen el pueblo indígena más numeroso de la Amazonía peruana. De acuerdo con los datos del último censo del año 2007, existen 88 703 Asháninkas, que constituyen el 26,6% del total de la población indígena censada ⁽¹⁾. Su situación de salud

se caracteriza por elevadas tasas de mortalidad materna e infantil, desnutrición crónica infantil, elevada prevalencia de enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias agudas y parasitosis entre los niños y por una elevada prevalencia de enfermedades infecciosas, accidentes o violencia entre los varones adultos ⁽¹⁻³⁾.

¹ Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima Perú.

² Oficina General de Información y Sistemas, Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú.

³ Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (CAAAP). Lima, Perú.

^a Obstetrista epidemióloga; ^b Médico epidemiólogo; ^c Enfermera.

Algunos determinantes de su situación de salud son la elevada fecundidad, el deficiente saneamiento ambiental, la poca accesibilidad geográfica, económica y cultural; así como la débil presencia del Estado en la zona. El periodo de reproducción en las mujeres se inicia a edades muy tempranas, experimentando una elevada tasa de fecundidad que alcanza su mayor nivel entre las mujeres de 20 a 34 años, hechos que son el preludio de una alta mortalidad materna ⁽²⁾. En tanto que los servicios de agua potable, desagüe y luz, en las viviendas son deficientes o inexistentes en 90% de las poblaciones y, en muchos casos, las familias viven hacinadas o duermen a la intemperie, toda esta realidad tiene a la pobreza como causa subyacente ⁽³⁾.

El paradigma de salud indígena amazónica se sustenta en un equilibrio existente entre el ser humano y su entorno natural ⁽⁴⁾, al romperse dicho equilibrio aparece la enfermedad. Los Asháninkas perciben a la enfermedad como un suceso mágico religioso, por tal razón, consideran que aquellos que logren “curar” la enfermedad tendrían ciertos “poderes” para ver “el daño”. En este sentido, el sistema de salud tal como está estructurado y funcionando, es considerado extraño y difícil de entender.

Existen pocos estudios que abordan la salud de los pueblos indígenas en el Perú y en particular, la de las comunidades Asháninkas, por lo que nos propusimos describir la prevalencia de la desnutrición infantil y otros aspectos de su situación de salud materna infantil, con el propósito de contribuir a brindar información de base para intervenir eficazmente en la mejora de sus condiciones de vida y de salud, basada en la adecuación cultural de los servicios de salud.

EL ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en tres comunidades Asháninkas asentadas en los ríos Ene (Samaniato y Tziquireni) y Tambo (Mayapo), a través de dos ingresos a la zona en los meses de abril y mayo de 2006. Se entrevistó a un total de 53 familias (a uno o a los dos padres de familia), que corresponde al 45,7% del total de las familias residentes en las tres comunidades y se evaluó a 83 niños de 0 a 6 años.

Las familias fueron reunidas en el local comunal o en la casa del promotor de salud. Previo permiso del Jefe de la comunidad y después de una breve explicación en español y en lengua Asháninka, de las actividades a realizar, se entrevistó a los pobladores. Para la recolección de los datos se utilizó una ficha elaborada por el equipo de investigación. Se recogió los siguientes datos: defunciones en menores de un año durante el

año 2005; defunciones por causa del embarazo parto o puerperio durante el año 2005; niños con protección vacunal; casos de enfermedad diarreica aguda (EDA) e infección respiratoria aguda (IRA) en el momento de la entrevista o en las últimas dos semanas. Adicionalmente, se evaluó el estado nutricional mediante la medición del peso y la talla en niños de 0 a 6 años.

Los casos de EDA e IRA se identificaron de acuerdo con definiciones estandarizadas por la Organización Mundial de Salud (OMS) / Organización Panamericana de Salud (OPS). Para la medición del peso, se utilizó una balanza de palanca pediátrica para los niños menores de dos años y una balanza redonda de resorte tipo reloj para los niños de dos a seis años. Para la medición de la longitud o estatura se utilizó un infantómetro para los niños menores de dos años y se buscó una pared o columna plana, lisa que estuviera sobre una superficie plana en donde se fijó la cinta métrica para medir a los niños que tenían entre 2 a 6 años. En todos los casos, se siguió los procedimientos establecidos en guía antropométrica elaborada por el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) ⁽⁵⁾.

Los índices peso para la edad y talla para la edad fueron calculados en el programa ANTHRO 1.02 (CDC / WHO), basándose en la aproximación del promedio de dichos índices en la población de referencia. Se consideró como déficit de peso para la edad y como déficit de talla para la edad, cuando se observó -2 desviaciones estándar (-2 puntos Z) por debajo del promedio en la población de referencia.

Se calculó el promedio y la desviación estándar de los datos numéricos (edad, peso, talla, puntaje Z), la frecuencia relativa y absoluta de los datos categóricos (comunidad, sexo, grupos de edad, datos sobre vacunación, etc.); y se construyó tablas de contingencia buscando asociación entre las variables referidas al estado de salud y variables referidas a características de la población. Se utilizó la prueba T de Student para verificar la diferencia entre dos promedios y la prueba de Chi cuadrado para proporciones. Así mismo, se empleó el Odds Ratio para medir la fuerza de asociación entre las variables principales. Para los cálculos estadísticos se empleó un nivel de significancia de 5% ($\alpha < 0,05$).

HALLAZGOS

Se realizó 53 entrevistas y se evaluó 83 niños de 0 a 6 años. Ninguno de los entrevistados refirió haber conocido en su familia o en su comunidad, mujeres en edad fértil que hayan fallecido por causas relacionadas con el embarazo, el parto o el puerperio durante el año 2005. Así mismo, ninguno reportó el fallecimiento de un niño antes

de cumplir un año de vida, en sus familias, ni conoció de un evento similar en la comunidad, durante el año 2005.

De los 83 niños estudiados, 48 fueron mujeres y 35 varones. Treinta y tres residían en la cuenca del río Ene (24 en Samaniato y 9 en Tziquireni), y 50 en la cuenca del río Tambo, todos residentes en la comunidad de Mayapo. Los menores de un año conforman el 9,6% de la población estudiada y los niños de 24 a 35 meses conforman el 13,2%; mientras que los otros grupos de edades constituyen de 20 a 30%.

Salvo en el grupo de menores de un año, se observó un predominio de la población femenina en todos los grupos de edades. El rango de edades se encontró entre 0,9 y 73 meses, con un promedio de $32,1 \pm 17,8$ meses.

El déficit de peso para la edad alcanzó 43,3%. En la cuenca del Ene, la desnutrición global fue de 30,3% (37,5% en Samaniato y 11,1% en Tziquireni), mientras que en la cuenca del Tambo fue 52% ($p=0,12$). Los niños que viven en Mayapo (río Tambo) tuvieron 2,5 veces más riesgo de presentar déficit de peso para la edad ($p=0,059$) que los niños que viven en Samaniato o Tziquireni (Figura 1).

El grupo menor de un año no muestra déficit de peso para la edad. El déficit de peso para la edad se encuentra en el rango de 53 a 57%, entre los niños de 12 y 47 meses y se incrementa a 58,8% en mayores de 48 meses.

El promedio del puntaje Z del índice talla/edad se encontró en -2,742 con una desviación estándar de 1,456. El promedio en el Ene fue -2,698 y en el Tambo -2,771, no se encontró diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,823$). El déficit de talla para la edad (valor del puntaje Z menor que -2,00) alcanzó 78,3% en conjunto en ambas cuencas. En el río Ene el déficit de talla para la edad fue 78,8% (Samaniato 75%, Tziquireni 88,9%), mientras que en el Tambo fue 78% (Figura 1).

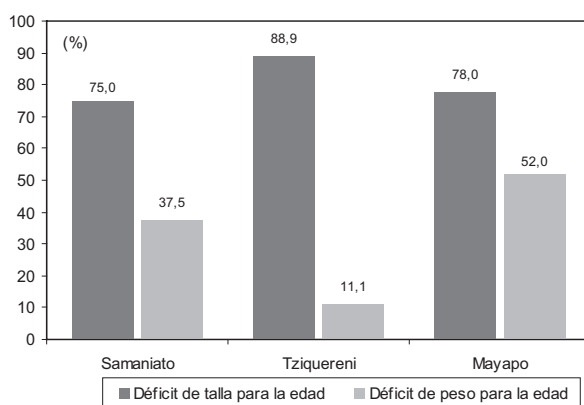


Figura 1. Déficit de talla y de peso para la edad según comunidades Asháninka, 2006.

El déficit de talla para la edad alcanza el 25% en el primer año de vida. Es de 84,6% en el segundo año de vida y está entre 64 a 88,2% en el resto de los grupos de edad. Existe una asociación estadísticamente significativa entre el déficit de talla para la edad y tener más de 12 meses de edad ($p=0,001$).

En forma general, la proporción de niños con desnutrición global fue mayor en mujeres (47,9%) que en varones (37,1%), pero la diferencia no fue estadísticamente significativa. Sin embargo, el retardo en el crecimiento fue similar entre varones (80%) y mujeres (77,1%).

El 53,1% de los padres de los niños estudiados reportaron un episodio de EDA en las últimas dos semanas. La prevalencia de EDA fue mayor en la cuenca del río Tambo (Mayapo), 65,1%, que en el río Ene (Samaniato y Tziquireni), 34,9%, sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

El 57% de los padres de los niños estudiados reportaron un episodio de IRA en las últimas dos semanas. El 84,2% correspondieron a la cuenca del río Tambo (Mayapo) mientras que sólo el 15,5% a la cuenca del río Ene. Es decir, los niños residentes en Mayapo tuvieron 7,4 veces más probabilidades de presentar un episodio de IRA reportados por los padres, que los niños residentes en Samaniato o Tziquireni ($p<0,001$).

El 29,4% de los padres entrevistados tenían y mostraban el carné de crecimiento y desarrollo de sus hijos (51,4% en el Ene y 14% en el Tambo); sin embargo, al parecer todos los niños de 0 a 6 años realmente lo poseen, porque la profesora del Centro de Educación Inicial de Mayapo, posee los carnés de los niños que asisten a la escuela. Todos los padres informaron que los niños estaban vacunados. La proporción de niños protegidos (mayores de 1 año, vacunados con SPR), alcanza al 98,9% (90,1% en Samaniato, 100% en Tziquireni y 100% en Mayapo).

DISCUSIÓN

En las comunidades Asháninkas estudiadas no se produjo muertes maternas ni muertes en menores de 1 año durante el 2005 y las coberturas de vacunación en niños menores de 1 año son elevadas; pero la desnutrición infantil, así como las EDA y las IRA reportadas por los padres, tienen una elevada prevalencia.

La ausencia de muertes maternas e infantiles en las comunidades Asháninkas visitadas, contrasta con resultados de un estudio realizado en comunidades indígenas Shipibas en donde se encontró 89 muertes maternas de un total de 351 encuestadas. El mismo

estudio mostró que las mujeres Shipibas (71%) fallecen en mayor porcentaje que las no Shipibas (29%) ⁽⁶⁾. Es probable que la ausencia de muertes maternas se explique por el pequeño número de mujeres en edad fértil existente en las comunidades visitadas, pero, también es posible que exista omisión de información por ocultamiento o falta de cuantificación de las muertes maternas e infantiles al no ser consideradas importantes entre los comuneros Asháninkas. Por otra parte, también es posible que la ausencia de muertes en niños menores de 1 año se relacione con las elevadas tasas de inmunización que se verificó.

La prevalencia de la desnutrición crónica en estas comunidades fue tres veces mayor que la nacional reportada en el 2004 (26,7%) y mayor que las zonas rurales de Huancavelica (53,2%) ⁽⁷⁾. Asimismo, fue mayor que en otros pueblos indígenas, como los Awajun (aguaruna) fue 33,4% ⁽⁸⁾, o entre los Tarahumaras, el pueblo indígena más numeroso de México, donde llegó a 57,1% ⁽⁹⁾.

No se encontró niños con déficit de peso para la edad entre los menores de 1 año, sin embargo, el 25% de este grupo de edad ya presenta déficit de talla para la edad. En el grupo de 12 a 24 meses, el retardo en el crecimiento se eleva dramáticamente a 84,6% y oscila en el rango de 64 a 88,2% en el resto de los grupos de edad. La aparición y el agravamiento de la desnutrición después del primer año de vida, refleja el efecto protector de la lactancia materna, pero, al mismo tiempo la falta de alternativas para la alimentación complementaria y la falta de disponibilidad de alimentos adecuados en cantidad y calidad. Aunque en la zona se cultiva plátano, yuca, camote, dale dale, *sachapapa*, maní, maíz, fréjol, etc., una buena parte de estos productos se destina al comercio local y solo ocasionalmente se consume pescado y algunas especies animales.

Los hábitos alimentarios inadecuados son otro factor que estaría asociado con la elevada prevalencia del retardo en el crecimiento. Según reportes de los profesionales del Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (CAAAP) ⁽³⁾, el hábito de consumo del masato (bebida de yuca fermentada) está bastante arraigada entre los Asháninkas, el masato es consumido no solo por los adultos, sino también por los niños de la comunidad, situación que puede contribuir al mantenimiento de la elevada prevalencia de la desnutrición infantil.

Los niños que residían en una comunidad del río Tambo tuvieron 2,5 veces más riesgo de presentar déficit de peso para la edad que quienes residían en comunidades del río Ene; sin embargo, mostraron similares tasas de retardo en el crecimiento. La diferencia en el déficit de peso, obedeció, al parecer, a una situación emergente de

escasez de alimentos debida a un incendio forestal en el río Tambo que el CAAAP estaba atendiendo en la zona, en cambio, las elevadas tasas de retardo en el crecimiento en todas las comunidades evidencia determinantes estructurales, tales como el insuficiente saneamiento ambiental, el hacinamiento, la marginación social y geográfica, el desconocimiento de prácticas básicas de higiene y de conservación de alimentos, desconocimiento de preparaciones con los alimentos disponibles en la zona, etc., así como problemas de producción de alimentos para cubrir las necesidades de la población ⁽¹⁰⁾.

Las tasas de EDA e IRA se encontraron elevadas, ésta última especialmente en Mayapo del río Tambo. Aunque su medición se dificultó debido a la imprecisión de los informantes por las barreras idiomáticas y conceptuales, es claro que éstos, son percibidos por los padres de los niños como problemas muy frecuentes en las comunidades Asháninkas. Se puede afirmar que por lo menos en el caso de EDA, no es menor de 40%. En general, se acepta que estas son enfermedades prevalentes de la infancia, y lo son también en las comunidades indígenas. Entre las comunidades Achuar, según lo reportado por la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud (DGE-MINSA), el 44% de las consultas externas realizadas tienen como causa enfermedades respiratorias (bronquitis y rinoфарингitis); por otra parte, en el grupo preescolar (1 a 4 años) se observa que 13% de todas las consultas externas corresponden a las enfermedades respiratorias, principalmente bronquitis ⁽¹¹⁾.

Un dato que llamó la atención fue la disminución de la mortalidad infantil que puede estar relacionada con la elevada cobertura de la vacunación en las tres comunidades que incluyó la evaluación. La cobertura de vacunación alcanzó el 98,8% y se evidenció, en la mayoría de los casos, mediante la presentación del carné de vacunación. La gran mayoría de los niños de estas comunidades Asháninkas estudiadas están protegidos de contraer formas graves de tuberculosis, difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B, neumonía o meningitis por *Haemophilus influenzae* b, sarampión, paperas y rubéola. Este es un hecho destacable y es producto de la concientización de la población, de los agentes locales de salud y de la actividad del CAAAP y los establecimientos de salud locales. Pese a la elevada prevalencia de la IRA reportada por los padres, al parecer no se producen casos de neumonía grave y mortal, esto podría explicarse, en parte, por la inmunización contra *Haemophilus influenzae* b, principal bacteria causante de neumonía y meningitis en niños de 0 a 36 meses de edad ⁽¹²⁾.

Entre las principales limitaciones del estudio, se destaca que solo se estudió tres comunidades Asháninkas y no se realizó un muestreo probabilístico entre las

comunidades que existen en las cuencas de los ríos Ene y Tambo; no se utilizó pesas graduadas para calibrar las balanzas utilizadas y tampoco tallímetros para la medición de la estatura de los niños de 2 a 6 años; finalmente existió imprecisión en el reporte de los padres acerca de los episodios de EDA e IRA. Esto obedeció a la poca accesibilidad geográfica, la presencia de grupos vinculados con el terrorismo y narcotráfico que aún persisten en la zona, a las dificultades logísticas que plantea el desplazamiento por el río con un equipo de antropometría más completo y a las barreras idiomáticas y conceptuales referidas al concepto de EDA o IRA.

Ante estas limitaciones hay que considerar que las comunidades Asháninka ribereñas de las cuencas de los ríos Tambo y Ene son homogéneas en cuanto a tamaño poblacional y organización y, por lo tanto, es probable que las condiciones encontradas sean similares o peores en comunidades menos accesibles. Con respecto a las mediciones antropométricas, de existir un sesgo debido a la calibración del instrumento, que afecte la precisión de las mediciones, éste afectaría por igual a cada sujeto porque se utilizaron los mismos instrumentos en todos los sujetos, por otra parte, la prevalencia de la desnutrición crónica encontrada es similar a la reportada por la Red de Salud de Satipo, 74% ⁽³⁾ para zonas rurales de la provincia, lo que es un indicio de que las tasas encontradas son válidas. Con relación a la precisión del reporte de EDA o IRA, en todo caso, debe ser interpretado como la percepción de los padres acerca de una enfermedad con síntomas y signos sugerentes de EDA e IRA en un momento cercano al de la entrevista.

Nuestros resultados permiten dar una idea de la situación de salud de las comunidades Asháninkas. Esto es particularmente importante para sensibilizar a los decisores de políticas en los niveles regional y nacional, en el diseño de programas de intervenciones focalizadas o acciones de ayuda nutricional dirigidas a los niños Asháninka. Creemos que las poblaciones indígenas son particularmente vulnerables, marginados de los servicios más elementales, con muy pocas posibilidades de insertarse en los modelos de desarrollo occidentales y con un constante dilema entre incorporarse al mundo globalizado o quedar al margen del proceso y mantener su identidad. Su heterogeneidad cultural y demográfica plantea un reto al trabajo del MINSA, dado que se basa en la aplicación de programas únicos o modelos de atención universales. Esta diversidad obliga a considerar a cada pueblo indígena en su dimensión particular, de tal forma que sea posible establecer un acercamiento y un diálogo con cada universo sociocultural específico, por lo que son necesarias investigaciones que promuevan el desarrollo de estrategias de atención desde una perspectiva no sólo local sino culturalmente específica ^(9,11,13).

Fuente de financiamiento

Este estudio fue financiado por el Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (CAAAP).

Conflicto de intereses

ETM y WT trabajan en el CAAP, CTM y JVH fueron contratados por el CAAAP para realizar la evaluación del trabajo del CAAAP en estas comunidades Asháninkas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Instituto Nacional de Estadística e Informática.** II Censo de comunidades indígenas de la Amazonía peruana 2007: resultados definitivos. Lima: INEI; 2008.
2. **Terreros E, Díaz J, Torres W.** Atención y promoción integral de salud. Lima: Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica; 2004.
3. **Terreros E, Díaz J, Torres W.** Diagnóstico situacional de salud cuencas Tambo y Ene. Lima: Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica; 2005.
4. **Reategui J.** Políticas de salud de los pueblos indígenas de la amazonía peruana. Lima: Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana; 2005.
5. **Contreras M, Valenzuela R.** La medición de la talla y el peso: guía para el personal de la salud del primer nivel de atención. Lima: Instituto Nacional de Salud / Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2004.
6. **Díaz A, Sánchez P, Morales D, Estrada E, La Barrera M, Plasencia R, et al.** Dinámica demográfica y salud reproductiva en los grupos étnicos de la región Ucayali. *Investigaciones Sociales.* 2000; 4(6): 167-84.
7. **Instituto Nacional de Salud.** Informe final del monitoreo nacional de indicadores nutricionales, MONIN 2004. Lima: INS; 2005.
8. **Huamán-Espino L, Valladares C.** Estado nutricional y características del consumo alimentario de la población aguaruna, Amazonas, Perú 2004. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2006; 23(1): 12-21.
9. **Monárrez J, Martínez H.** Prevalencia de desnutrición en niños tarahumaras menores de cinco años en el municipio de Guachochi, Chihuahua. *Salud Publica Mex.* 2000;42(1): 8-16.
10. **Kaufer HM.** Alimentación y nutrición en México. En: Rubio L, Fernández A (editores). México a la hora del cambio. México DF: Editorial Cal y Arena; 1995. p. 775-826
11. **Dirección General de Epidemiología.** Análisis de la situación de salud del pueblo Achuar, 2006. Lima: Ministerio de Salud; 2006.
12. **Gessner BD, Adegbola RA.** The impact of vaccines on pneumonia: key lessons from *Haemophilus influenzae* type b conjugate vaccines. *Vaccine.* 2008; 26(Suppl 2): B3-8.
13. **Dirección General de Epidemiología.** Análisis de la situación de salud del pueblo Shipibo-Konibo, 2002. Lima: Ministerio de Salud; 2002.

Correspondencia: Dr. Javier Vargas Herrera.
Dirección: Cápac Yupanqui 1400, Lima 11, Perú.
Teléfono: (511) 617-6200 anexo: 2122.
Correo electrónico: jvargash@unmsm.edu.pe