

# Protección social en salud en América Latina y el Caribe

Investigación y políticas



Amparo Hernández Bello y Carmen Rico de Sotelo  
-Editoras-

PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD  
EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

*Investigación y políticas*

*This page intentionally left blank*

# PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

*Investigación y políticas*

Amparo Hernández Bello

Carmen Rico de Sotelo

EDITORAS



RESERVADOS TODOS LOS DERECHOS

© International Development Research Centre 2011

AUTORES

Dillon Alleyne, Wilma Bailey, Jasper Barnett, Ernesto Báscolo, Roberto Bazzani, Álvaro Cardona Saldarriaga, Oscar Cetrángolo, Ana Luiza d'Ávila Viana, Luciana Dias de Lima, Fernando Filgueira, Georgiana Gordon-Strachan, Marta Lucía Gutiérrez Bonilla, Aldrie Henry-Lee, Amparo Hernández Bello, Stanley Laita, Fabíola Lana Iozzi, Eduardo Levcovitz, Luz Mery Mejía Ortega, Emmanuel Nieto López, Néstor Ponce, Carmen Rico de Sotelo, Oscar Rodríguez Salazar, Luiza Sterman Heimann, Martín Valdivia, Román Vega Romero, Mariana Vercesi de Albuquerque, Cristiani Vieira Machado, Natalia Yavich.

COMITÉ EDITORIAL

Roberto Bazzani, Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC); Oscar Cetrángolo, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); Fernando Filgueira, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); Eduardo Levcovitz, Organización Panamericana de la Salud (OPS); Amparo Hernández Bello, Pontificia Universidad Javeriana; Oscar Rodríguez Salazar, Universidad Nacional de Colombia; Carmen Rico de Sotelo, Universidad de Québec en Montreal; Soledad Urrutia, Organización Panamericana de la Salud (OPS).

COMITÉ EVALUADOR INTERNACIONAL

Françoise Barten, Jeannie Haggerty, Ronald Labonté, Lise Lamothe.

EDITORIAL PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

Cra. 7, núm. 37-25, oficina 1301  
Edificio Lutaima  
Teléfono: 2870691 ext. 4752  
www.javeriana.edu.co/editorial  
Bogotá, D. C.

Primera edición: Bogotá, D.C., marzo de 2011

ISBN: 978-958-716-421-3

Número de ejemplares: 900

Impreso y hecho en Colombia

*Printed and made in Colombia*

POR LA TRADUCCIÓN DEL INGLÉS AL ESPAÑOL

Ángela Bayer, Magdalena Gutiérrez, Santiago Martínez

POR LA TRADUCCIÓN DEL PORTUGUÉS AL ESPAÑOL

Dominique Hill

CORRECCIÓN DE ESTILO

Angélica Olaya, Juan David González Betancur

DISEÑO DE PÁGINAS INTERIORES Y DIAGRAMACIÓN

Carolina Maya Gómez

DISEÑO Y MONTAJE DE CUBIERTA

Sebastián Santana Camargo  
www.sebastiansantana.com

IMPRESIÓN

Javegraf

CENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIONES PARA EL DESARROLLO

PO Box 8500  
Ottawa, ON, Canadá K1G 3H9  
info@idrc.ca / www.idrc.ca  
ISBN e-libro: 978-1-55250-509-0

Protecc□

Sotelo. -- Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana, 2011.

408 p. : ilustraciones, diagramas, gráficas y tablas ; 24 cm.

Incluye referencias bibliográficas.

ISBN e-book: 978-1-55250-509-0

ISBN: 978-958-716-421-3

1. POLÍTICA SOCIAL. 2. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD. 3. SISTEMAS DE SALUD. 4. SALUD PÚBLICA. 5. POBLACIONES VULNERABLES. 6. DESIGUALDADES EN LA SALUD. 7. ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD. 8. CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD. 9. SEGURIDAD SOCIAL. 10. INVESTIGACIÓN SOBRE SERVICIOS DE SALUD. 11. AMÉRICA LATINA. 12. REGIÓN CARIBE. I. Hernández Bello, Amparo, Ed. II. Rico de Sotelo, Carmen, Ed. III. International Development Research Centre 2011.

CDD 368.4 ed. 21

Catalogación en la publicación - Pontificia Universidad Javeriana. Biblioteca Alfonso Borrero Cabal, S.J.

ech.

Diciembre 13 / 2010

Prohibida la reproducción total o parcial de este material, sin autorización por escrito de la Pontificia Universidad Javeriana.

# ÍNDICE

<b>Presentación</b>	7
<i>Roberto Bazzani y Eduardo Levcovitz</i>	
<b>Introducción. Nuevos horizontes para la producción de conocimiento y las políticas en protección social en salud</b>	
<i>Roberto Bazzani, Eduardo Levcovitz, Amparo Hernández Bello, Oscar Rodríguez Salazar, Carmen Rico de Sotelo</i>	11
<b>SECCIÓN I. DEBATES TEÓRICOS SOBRE PROTECCIÓN SOCIAL Y PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</b>	
<b>Programas de investigación y políticas públicas en los Sistemas de Protección Social</b>	35
<i>Oscar Rodríguez Salazar</i>	
<b>Pasado, presente y futuro del Estado Social latinoamericano: coyunturas críticas, decisiones críticas</b>	69
<i>Fernando Filgueira</i>	
<b>Reflexiones sobre el financiamiento de la protección social en salud en América Latina y su impacto sobre la equidad</b>	105
<i>Oscar Cetrángolo</i>	
<b>SECCIÓN II. CASOS SOBRE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE</b>	
<b>Etnicidad como determinante de la inequidad en salud materno-infantil en el Perú</b>	121
<i>Martín Valdivia</i>	
<b>Gobernanza y gobernabilidad del Seguro Público de Salud de la Provincia de Buenos Aires</b>	159
<i>Ernesto Báscolo, Natalia Yavich</i>	
<b>Protección social en salud y desigualdad territorial: el contexto de la Amazonia legal brasileña</b>	
<i>Ana Luiza d'Ávila Viana, Cristiani Vieira Machado,</i>	

<i>Luiza Sterman Heimann, Luciana Dias de Lima, Fabíola Lana Iozzi, Mariana Vercesi de Albuquerque</i>	187
<b>Retos para una protección social integral: vulnerabilidad y exclusión de la población desplazada en Colombia</b> <i>Amparo Hernández Bello, Román Vega Romero, Marta Lucía Gutiérrez Bonilla</i>	235
<b>Factores relacionados con el no aseguramiento en salud de los trabajadores cesantes en la ciudad de Medellín, Colombia, 2007</b> <i>Álvaro Cardona Saldarriaga, Emmanuel Nieto López, Luz Mery Mejía Ortega</i>	289
<b>Evaluación de la introducción de tarifas al usuario por servicios preventivos en Jamaica: impacto sobre el nivel de salud y las estrategias adaptativas de los usuarios</b> <i>Wilma Bailey, Georgiana Gordon-Strachan, Aldrie Henry Lee, Jasper Barnett, Stanley Lalta, Dillon Alleyne</i>	319
<b>Vínculos entre la investigación y la toma de decisiones: análisis de las relaciones en el marco de cinco proyectos de investigación</b> <i>Ernesto Báscolo, Natalia Yavich, Néstor Ponce, Wilma Bailey, Ana Luiza d'Ávila Viana, Álvaro Cardona Saldarriaga</i>	369
<b>EDITORAS, AUTORES Y EVALUADORES</b>	391

# ETNICIDAD COMO DETERMINANTE DE LA INEQUIDAD EN SALUD MATERNO-INFANTIL EN EL PERÚ<sup>1</sup>

**Martín Valdivia**

## INTRODUCCIÓN

La sociedad peruana ha estado marcada históricamente por altos niveles de pobreza y desigualdad; características que se relacionan estrechamente con la exclusión sistemática a la que se ha visto enfrentada la vasta mayoría de la población con antecedentes indígenas. Los mecanismos que han perpetuado esta situación de exclusión y marginación tanto de la población indígena como de la afro-peruana, datan desde los tiempos de la colonia, y posteriormente fueron reforzados durante la República<sup>2</sup>.

Esta situación ha tenido como consecuencia la generación de significativas desventajas para dichas poblaciones en términos de niveles de ingreso, escolaridad, salud, y acceso a servicios formales como el crédito y la seguridad social<sup>3</sup>. A pesar de ello, puede decirse que el análisis del papel de la raza y etnicidad como

---

1 Este artículo forma parte de y reporta sobre las investigaciones que un equipo de trabajo, que ha incluido a Mariela Planas, Esperanza Reyes y Néstor Valdivia, viene desarrollando en el marco del proyecto “*Raising Awareness on the Connection between Race/Ethnicity, Discrimination, Poverty and Health Inequalities in Peru*”, bajo la coordinación del autor y con el apoyo del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, Canadá (IDRC) a través de su programa de Gobernanza, Equidad y Salud (GES). El autor agradece los valiosos comentarios de Francoise Barten y Roberto Bazzani a versiones previas, a los participantes de la sesión correspondiente a la conferencia IHEA 2009 en Beijing, y a los seminarios del INEI-ENDES 05 y del Proyecto de USAID “Iniciativas de Políticas de Salud”. Sin embargo, todos los planteamientos, así como los errores u omisiones, son responsabilidad exclusiva del autor.

2 Ver, por ejemplo, Cotler (1992), Figueroa, et al. (1996).

3 Ver Psacharopoulos y Patrinos (1994), PREAL (2004), Espinoza y Torreblanca (2004), Torero, et al. (2004), Benavides y Valdivia (2004), Trivelli (2002), Mendieta (2003), para evidencias sobre brechas étnicas en diversos indicadores en perjuicio de la población indígena.

determinante de las desigualdades sociales en el país no ha recibido suficiente atención en la literatura académica. Por un lado, los estudios cuantitativos acerca de la pobreza y desigualdad en la sociedad peruana enfatizan tradicionalmente en el nivel de capital humano, el acceso a servicios básicos, y la ruralidad como determinantes claves, limitando el análisis de la raza-etnicidad a las diferencias según la lengua materna de los individuos, en particular del quechua o aymara<sup>4</sup>. Por otro lado, los estudios cualitativos acerca del papel de factores étnico-culturales como determinante de las desigualdades en salud han tendido a restringirse a temas de salud reproductiva en contextos rurales, mientras que mucho menos atención se ha dado a la forma como el origen étnico afecta el proceso de asimilación de los migrantes en las ciudades, en particular en lo que concierne a su conexión con el sistema de salud.

Recientemente ha resurgido el tema de los derechos de las poblaciones pertenecientes a las etnias originarias en el Perú, primero a partir del informe de la Comisión de la Verdad y la Reconciliación (CVR) y segundo, con los conflictos sociales alrededor del manejo de recursos naturales, minería, petróleo, gas, que de alguna manera reivindican derechos históricos de los grupos étnicos originarios. El primer proceso en relación a la población de origen quechua o aymara alrededor de la violación de sus derechos en medio del conflicto de la década anterior, a partir de la acción de dos grupos terroristas<sup>5</sup>. El segundo proceso incluye también los derechos de las etnias originarias amazónicas sobre su territorio histórico en el marco de un modelo de crecimiento basado fuertemente en la gran inversión privada en la minería y petróleo, el mismo que ha

---

4 Ciertamente, en el Perú hay otros grupos étnicos minoritarios que también han sido tradicionalmente marginados, como los afro-peruanos y los grupos étnicos de la Amazonia. Sin embargo, el tamaño pequeño de cada uno de estos grupos en la población impide que las encuestas de salud o de hogares sean representativas de su situación.

5 El informe de la CVR llamó fuertemente la atención sobre el factor étnico asociado a la violencia política de los ochentas y noventas, argumentando que los eventos asociados a la violación de derechos humanos y civiles por parte de los movimientos terroristas que azotaron al país durante las últimas dos décadas, tuvieron estrecha relación con factores étnico-raciales. A pesar de que el tema étnico-racial no fue levantado abiertamente por ninguno de los grupos terroristas, el reporte de la CVR no sólo encontró que el 75% de las víctimas identificaban como su idioma o lengua materna al quechua u otras lenguas nativas, sino también estableció enérgicamente que la falla de la sociedad peruana para asimilar dichas pérdidas como suyas, es una expresión clara del racismo oculto que aún prevalece en nuestra sociedad.

venido generando varios conflictos de alto costo social en los últimos años. Así, la discusión de las desigualdades étnico-raciales en el Perú no es sólo un tema de equidad sino también de gobernabilidad, a nivel de toda la sociedad peruana, pero con una agenda clara también para el sector salud.

En este marco, es importante establecer que la reducción de la vulnerabilidad de las poblaciones de origen indígena debe ser una prioridad de la política de protección social en el país a partir del respeto de los derechos interculturales, y considerando la necesidad de un tratamiento diferenciado que privilegie la reducción de las desigualdades en salud de origen étnico. En este contexto, un grupo de investigadores, que inicialmente conformaron la Alianza para la Equidad en Salud (AES), construyeron una propuesta de investigación-acción que combinó a diversas instituciones y disciplinas para contribuir al entendimiento del papel de los factores étnicos en la explicación de las inequidades en salud en el Perú<sup>6</sup>.

En este capítulo describimos primero las características del proyecto que la AES ha venido desarrollando durante el periodo 2005-2009, incluyendo el marco conceptual, la estrategia de acción, los productos y resultados sobre el debate y diseño de políticas asociadas a la reducción de las brechas étnicas en salud. A continuación, se presenta de manera resumida uno de los principales estudios de ese proyecto, el mismo que utiliza la nueva información acerca de la lengua materna de los padres y abuelos de las mujeres entrevistadas para las rondas 2005-2006 de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES), para establecer sus antecedentes lingüísticos y étnicos. Incluye el marco conceptual, la metodología y los principales resultados del análisis de los factores étnico-raciales como determinante de la inequidad en salud materno-infantil en el Perú. La cuarta sección resume y discute las implicancias de política asociadas al estudio específico descrito en la sección anterior, pero enmarcándolas dentro de la agenda actual de reforma del sector salud y de la política de protección social en general.

---

<sup>6</sup> AES ha reunido a investigadores del Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE), el Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico (CIUP) y la Facultad de Salud Pública y Administración (FASPA) de la Universidad Cayetano Heredia. La propuesta para este proyecto fue preparada por Martín Valdivia (GRADE), con la colaboración de Néstor Valdivia (GRADE) y María Elena Planas (FASPA-UPCH).

## EL PROYECTO: ENFOQUE GLOBAL, ESTRATEGIA, COMPONENTES Y PRODUCTOS

El objetivo fundamental del proyecto ha sido aumentar el nivel de conciencia en la sociedad peruana sobre la importancia de la raza y la etnicidad para explicar las inequidades en salud en el Perú, y sobre la urgencia de identificar políticas que permitan reducir la brecha étnica en salud. El proyecto incluyó, además de un componente de investigación, un componente de incidencia que buscó involucrar desde temprano a agentes claves relacionados con la promoción de los derechos en salud, de tal manera que pudieran ir apropiándose del proyecto a través de la participación en su re-definición y de sus comentarios a los resultados preliminares de las investigaciones<sup>7</sup>.

El componente de investigación combinó métodos cualitativos y cuantitativos para desentrañar los diferentes mecanismos a través de los cuales la raza/etnicidad interactúa con la pobreza y ruralidad, y con la rigidez del sistema de salud para explicar la desventaja que muestran tanto la población de origen quechua, aymara, como la afro-peruana y la de las diferentes etnias amazónicas en términos de su estado de salud, así como su interacción con el sistema de salud.

Los estudios y productos desarrollados en este proyecto son varios, pero en esta primera sección describimos dos productos particularmente importantes. El primero se refiere a la generación de nueva información que mejora la posibilidad de analizar cuantitativamente la relación entre la raza/etnicidad y la salud. A nivel del país y de la región, es reconocido que una de las restricciones para el desarrollo de estudios cuantitativos sobre este tema es la ausencia de información adecuada<sup>8</sup>. En el Perú, la única información relacionada que se incluye en los cuestionarios de las encuestas y censos es la de la lengua materna de los entrevistados.

En ese marco, el proyecto fue desarrollando una batería de preguntas para ser incorporadas en una encuesta de salud representativa a nivel nacional que nos permita un mejor entendimiento de la problemática étnica en salud en

---

7 Tanto la propuesta, como las actividades y los productos del proyecto pueden ser revisados en la siguiente página web: <http://www.aes.org.pe/etnicidad>

8 Ver Torres (2003). Almeida-Filho, et al. (2003) también argumenta sobre el relativo abandono de temas como raza y etnicidad en la literatura sobre inequidades en salud en América Latina.

el Perú. En primer lugar, se decidió trabajar con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES) que aplica en el Perú el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). La ENDES es parte de un esfuerzo internacional de colaboración que coordina Macro International, con financiamiento del USAID<sup>9</sup>.

Luego de varias reuniones con los equipos encargados del INEI y de Macro International, pudimos mostrarles la importancia de un esfuerzo de este tipo y la capacidad del equipo del proyecto para apoyarlos en el mismo, con lo que se pudo comprometer su participación sin ningún costo financiero para el proyecto. En una primera etapa, se logró agregar una pregunta acerca de la lengua materna de los ancestros de las mujeres encuestadas en la ronda 2006 de la ENDES<sup>10</sup>. Posteriormente, ajustándonos a las restricciones de tiempo de la encuesta, se logró insertar un módulo más completo con preguntas acerca del grupo étnico con el que se identificaban las mujeres entrevistadas, el nivel educativo y el origen territorial de sus padres, la relación con el lugar de origen de sus padres, y la forma de vestir de las mujeres, además de una pregunta acerca de la percepción de eventos de discriminación y de su frecuencia.

Ésta ha sido una contribución muy importante de este proyecto, por varias razones. En primer lugar, ciertamente por los estudios que se han podido desarrollar. Precisamente, en este artículo resaltamos los resultados de uno como un ejemplo del valor de esta nueva información para clarificar la relación entre la etnicidad, los antecedentes lingüísticos y la salud materno-infantil, y establecer recomendaciones de política.

Pero ciertamente la libre disponibilidad de esta información establece la posibilidad que la misma pueda ser utilizada por otro grupo de investigadores, por lo que sus beneficios han de trascender los esfuerzos que se realicen en el marco de este proyecto. En segundo lugar, es importante resaltar aquí que el acuerdo inicial con el INEI fue incluir el módulo trabajado en la ronda 2007

---

9 A nivel internacional, la encuesta es conocida como la *Demographic and Health Surveys* (DHS), y es aplicada en más de 80 países a lo largo del mundo.

10 El primer antecedente que conocemos acerca de esta pregunta fue el asociado al proyecto del programa de Mejoramiento de las Encuestas de Condiciones de Vida (MECOVI), auspiciado por el BID y el Banco Mundial, que la incluyó en la ENAHO 2001 para los jefes de hogar y sus conyugues. Dicho esfuerzo, en realidad, también incluyó una pregunta acerca de la autoadscripción de los jefes de hogar y sus cónyuges a un grupo étnico determinado.

de la ENDES, sin embargo, el módulo se mantuvo en la ronda 2008, e incluso en la 2009, a pesar de importantes cambios en el personal a cargo de la ENDES. Así, es posible esperar que este módulo de etnicidad trascienda el horizonte temporal del proyecto contribuyendo al sostenimiento de estudios sobre el tema en el país.

El segundo elemento resaltable del proyecto es el de la conformación y consolidación gradual del consejo consultivo del proyecto. Desde un inicio se decidió adoptar el mapeo de alcances como una herramienta para mejorar la posibilidad de que los resultados de nuestras investigaciones no se quedaran en un escritorio, sino que contribuyeran al debate de políticas de salud entre los funcionarios públicos, la comunidad académica y las agencias locales e internacionales de desarrollo. Así, el proyecto empezó por establecer un mapeo de estos agentes relacionados con el tema del proyecto, identificando sus objetivos y fortalezas.

A partir de ahí, se decidió invitar a los grupos más interesados a participar, primero en la discusión de la propuesta global del proyecto, luego en la discusión de los resultados de los primeros estudios, para después instaurar una serie de talleres periódicos donde se discutían tanto los avances y planes del proyecto, como las diferentes opciones para contribuir a la reducción de las desigualdades en salud basadas en la raza/etnicidad. El grupo fue expandiéndose gradualmente y ahora incluye al proyecto de CARE sobre Derechos en Salud, la Adjuntía para la Administración Estatal de la Defensoría del Pueblo, el Observatorio de los Derechos de la Salud (CIES) y el Centro de Salud Intercultural del Ministerio de Salud<sup>11</sup>.

Mas allá de las instituciones involucradas, la gradual consolidación de este grupo ha tenido varias manifestaciones relevantes. Inicialmente fue el ajuste del propio plan de investigaciones del proyecto. La discusión acerca de los planes de investigación del proyecto con el grupo consultivo llevó a resaltar y adelantar en el calendario el desarrollo del estudio sobre discriminación de origen étnico en

---

11 La inclusión paulatina del Ministerio de Salud (MINS) es un logro en sí mismo del proyecto. En un primer momento, el mapeo de actores identificó una natural resistencia de los funcionarios del MINS) a discutir abiertamente temas relacionados con las brechas étnicas o a la posibilidad de un servicio inadecuado en sus establecimientos, una reacción natural tomando en cuenta la responsabilidad que les corresponde. Cuando se discutió el tema con el grupo consultivo inicial, los funcionarios de la Defensoría del Pueblo plantearon que tal reacción también la perciben ellos cuando buscan monitorear o proteger los derechos en salud de los grupos indígenas. Así, el grupo consultivo inicial fue desarrollando una estrategia para ir incorporando al MINS), cosa que se logró hacia el tercer año.

los establecimientos de salud. Se dio un claro consenso acerca de la importancia de este tema, por el hecho que ha sido muy poco estudiado de manera sistemática, a pesar que es creciente la evidencia anecdótica de trato diferenciado, especialmente en lo que respecta a la trasmisión de información sobre su diagnóstico y sus opciones de tratamiento. Adicionalmente, se consideró el hecho que ese tipo de estudios generaba un espacio de acción política muy positivo, tomando en cuenta la prioridad de los objetivos actuales de, por ejemplo, la Adjuntía de Administración Estatal de la Defensoría del Pueblo.

Consecuentemente, se contó con el apoyo debido para lograr la participación de la Dirección Regional de Salud de Junín en el desarrollo del trabajo de campo correspondiente al presente estudio. Este tipo de participación del grupo consultivo ha de resultar fundamental para difundir luego los resultados del estudio que se viene terminando. Pero desde ya, el haber insertado el tema de la discriminación de origen étnico-racial en los establecimientos de salud en el Perú entre agentes claves como los miembros del consejo consultivo del proyecto es un logro muy importante, considerando lo delicado del tema, por sus implicancias legales<sup>12</sup>.

En las siguientes secciones presentamos con mayor detalle las características de uno de los estudios *desarrollados* en el marco de este proyecto y sus implicancias de política, como un ejemplo de la forma como las investigaciones pueden contribuir a la construcción de alternativas de política que reduzcan las inequidades en salud relacionadas con factores étnicos en el Perú.

### **ETNICIDAD, ANTECEDENTES LINGÜÍSTICOS Y SALUD MATERNO-INFANTIL (SMI)**

Una limitación clave para el análisis cuantitativo de la etnicidad como determinante de las inequidades en salud en el Perú es la del acceso a información suficiente acerca de los antecedentes étnicos de la población tanto rural como urbana. El indicador de etnicidad más utilizado es el de la lengua materna de los individuos, o alternativamente, la lengua que más se utiliza en el hogar.

---

12 Esperamos que esta contribución se consolide cuando se tenga los informes finales correspondientes y se difundan sus resultados. Este componente lo viene desarrollando conjuntamente Néstor Valdivia (GRADE) y Esperanza Reyes (FASPA-UPCH).

Utilizando esta información, Benavides y Valdivia (2004) abordan el tema de las brechas étnicas en el Perú y su relación con los avances alcanzados en relación a las metas del milenio (MDM), encontrando que aunque se dieron avances importantes en salud materno-infantil durante la década pasada, e incluso en muchos casos con un claro sesgo pro-pobre, los mismos no redujeron la brecha étnica en variables como mortalidad infantil, desnutrición crónica, atención profesional durante el parto, la misma que afecta dramáticamente a la población que reporta como lengua materna al quechua o aymara.

El tema es que con este indicador es difícil separar la importancia del factor étnico del de la pobreza y especialmente de la ruralidad, como determinantes de las desigualdades en salud materno-infantil en el Perú, en tanto prácticamente todas las mujeres que reportan al quechua o aymara como lengua materna residen en áreas rurales, donde las tasas de pobreza son también las más altas del país.

En general, se entiende que la lengua materna tiene limitaciones como indicador de etnicidad. Una de las definiciones más aceptadas de etnicidad la refiere como la existencia de grupos de individuos que comparten ciertas características sociales y culturales (no genéticas) tales como origen geográfico, historia, lenguaje, religión, valores y costumbres<sup>13</sup>. En ese marco, hay que tomar en cuenta que en el Perú de los últimos 50 años se ha venido dando un fuerte proceso de migración del campo a la ciudad con el consecuente requerimiento de asimilación cultural. En ese sentido, es muy probable que tengamos en zonas urbanas migrantes de tercera generación o incluso mayores. Muchos de estos grupos han debido absorber la lengua castellana de tal manera que son genuinos al reportar el español como su lengua materna. Al mismo tiempo, es muy posible que estos individuos mantengan algunas de sus creencias y prácticas, entre ellas las relacionadas a la propia concepción de la salud y su aproximación al cuidado de la misma<sup>14</sup>.

Valdivia (2007) analiza los antecedentes lingüísticos y la etnicidad como determinantes de las desigualdades en salud materno-infantil en el Perú, aprovechando que a partir del 2005 la ENDES incluye adicionalmente información

---

13 Barth (1976) añade la auto-identificación como un elemento clave para la identificación de un grupo étnico.

14 Ver Ossio (1995), Altamirano y Hirabayashi (1997).

acerca de la lengua materna de los ancestros de la mujer entrevistada (padres y abuelos). Con ese tipo de información, explora a mayor profundidad la relación entre los antecedentes lingüísticos de la población, los antecedentes étnicos, el proceso de asimilación de los grupos con antecedentes indígenas a la vida en las ciudades y su aproximación a los servicios modernos de salud en el Perú.

En particular, se hace relevante entender el proceso de asimilación que enfrenta la población con antecedentes indígenas al momento de trasladarse a zonas urbanas o al insertarse en un nivel económico superior. Comparar a individuos que reportan como principal lengua el español pero que tienen algún ancestro que habla alguna otra lengua nativa con aquellos individuos sin ese tipo de ascendencia indígena, puede ayudarnos a identificar el antecedente étnico de las personas en estudio y comprender el proceso de asimilación que encaran los migrantes indígenas que llegan a las grandes ciudades. En tal sentido, dichas comparaciones también nos permiten separar el factor étnico como determinante de las desigualdades en salud, de otros factores relacionados, en especial de las diferentes condiciones que enfrentan las mujeres rurales pobres<sup>15</sup>.

El análisis de la dinámica de asimilación de los grupos de origen indígena no ha sido siempre tratado adecuadamente a nivel cuantitativo en el Perú. Estudios previos, como el de Hall y Patrinos (2005), comparan la evolución de la situación de los grupos indígenas en relación al resto de la población entre 1994 y el 2004. Sin embargo, dichas comparaciones adolecen de un sesgo importante en la medida que se comparan grupos intrínsecamente distintos. Varios de los individuos que en el 2004 son identificados como miembros de grupos indígenas, sea por autoadscripción o por su lengua materna, incluyen a algunos que no habrían migrado hacia las ciudades o enfrentado un proceso de asimilación cultural. Asimismo, entre los individuos que son identificados como no indígenas se tendría a algunos individuos que sí tienen antecedentes familiares de origen indígena.

---

15 Valdivia (2009) analiza este tema más econométricamente en otro estudio asociado a este proyecto. Siguiendo a Fernández y Fogli (2009), usa el departamento de procedencia y el período en que se da la migración familiar a la ciudad como instrumentos para identificar la importancia de los factores culturales en las decisiones de uso de métodos anticonceptivos modernos, y el calendario de iniciación sexual y reproductiva de las mujeres peruanas.

## Marco conceptual del estudio

Las definiciones de raza y etnicidad se construyen sobre una estructura compleja que incluye historia, prácticas culturales, idioma, religión y estilo de vida, todo lo cual afecta los indicadores de salud (Bernal y Cárdenas, 2005). Sin embargo, una de las definiciones más reconocidas plantea que la identidad étnica o etnicidad consiste en el uso consciente y simbólico de elementos de raza, historia, origen común, costumbres, valores y creencias que hacen los miembros de un grupo para crear una comunidad exclusiva y cohesionada que demanda el reconocimiento por parte de los demás grupos (Brass, 1999). Así pues, la identidad étnica requiere también una auto-identificación como miembro del grupo, no sólo dentro de él sino también respecto a los demás grupos.

En el Perú, el análisis de las identidades étnicas se hace muy complejo, tomando en cuenta que no existen organizaciones sociales y políticas sólidas y representativas que reivindiquen la identidad indígena (Degregori, 1993; Montoya, 1993)<sup>16</sup>. De todas maneras, a pesar de los amplios y prolongados procesos de migración rural-urbana y mestizaje, se reconocen varios sectores de la población peruana que comparten un idioma, una historia, prácticas culturales, creencias y/o estilos de vida que los diferencian de los patrones dominantes. Además, la forma como se transmiten o ajustan estos elementos entre generaciones, más con la llegada a las ciudades, es muy compleja y heterogénea no sólo porque varíe según la condición social de los individuos, sino también porque los ajustes en las diferentes dimensiones no se dan de manera paralela para un mismo individuo.

En América Latina se cuenta con muchos estudios etnográficos que abordan la temática de los cambios que se dan de manera paulatina y heterogénea en las creencias, prácticas y costumbres cuando la población rural migra hacia las ciudades, y de las diferentes formas como se generan nuevas identidades y su relación con sus antecedentes territoriales, culturales, entre otros<sup>17</sup>. Sin em-

---

16 La situación es reconocida como distinta entre la población indígena de la Amazonia, en tanto sí cuentan con organizaciones que reivindican lo étnico de modo más explícito (Ossio, 1992; Monge, 1998). Esta situación también difiere de la fortaleza alcanzada por los procesos reivindicativos de las poblaciones indígenas en países vecinos como Bolivia y Ecuador.

17 Ver, por ejemplo, Altamirano (1997), Oliart (1984), et al.

bargo, a nivel cuantitativo, no existen estudios que aborden esta dinámica. Uno de los factores que explican esta carencia es la ausencia de información que nos permita definir de manera adecuada los antecedentes étnicos de las personas entrevistadas en las encuestas de representatividad nacional.

Los indicadores de disponibilidad más comunes en las encuestas nacionales de hogares y de salud están asociados a la lengua, sea la lengua materna o la de mayor uso dentro del hogar<sup>18</sup>. Ciertamente, la identificación de una lengua materna quechua o aymara está muchas veces relacionada con el sostenimiento de ciertas prácticas y creencias por parte de la población, más allá del hecho que estos mismos individuos estén interesados en identificarse a partir de su pertenencia a un determinado grupo étnico.

Sin embargo, la lengua materna también adolece de limitaciones para establecer los antecedentes étnicos de la población, especialmente cuando tomamos en cuenta que los flujos migratorios del campo a la ciudad en el Perú llevan ya más de medio siglo. Diversos estudios reportan cómo la lengua es uno de los marcadores que los migrantes andinos buscan abandonar para evitar la discriminación en las ciudades, tanto hacia ellos como hacia sus hijos (Degregori, 1993; Castro, 2003). Ello plantea la posibilidad que estos migrantes no reporten en las encuestas a la lengua quechua o aymara como lengua materna o la que hablan en el hogar. De otro lado, existen ya muchos ciudadanos cuya lengua materna es genuinamente el español o castellano, pero que podrían mantener ciertas creencias y prácticas que los acercan a los grupos étnicos a los que corresponden sus padres o abuelos, especialmente cuando éstos residían en los espacios rurales.

En tal sentido, resulta muy útil analizar la relación entre los antecedentes lingüísticos de los padres y abuelos de las mujeres entrevistadas en la ENDES y la forma como ellas se aproximan a los sistemas modernos de salud. Ello es precisamente lo que analiza Valdivia (2007), aprovechando que la ENDES incluye esta nueva información a partir del 2005<sup>19</sup>. La relación entre los antecedentes

---

18 La Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), por ejemplo, pregunta por la lengua materna de los individuos mientras que la ENDES pregunta a las mujeres en edad reproductiva sobre la lengua de uso más frecuente en el hogar.

19 Como parte de un proyecto del programa de Mejoramiento de las Encuestas de Condiciones de Vida (MECOVI), auspiciado por el BID y el Banco Mundial, la ENAH 2001 fue la primera encuesta que incluyó otros indicadores relacionados con la identidad étnica, fundamentalmente la lengua

lingüísticos de los padres y abuelos y el comportamiento de los individuos es una línea de investigación que ha venido ganando importancia para entender el proceso de asimilación de las poblaciones migrantes recientes en Estados Unidos, en lo que respecta a importantes variables tales como educación, trabajo y fecundidad<sup>20</sup>.

En cuanto a la relación entre los antecedentes lingüísticos, la etnicidad y la salud, existe una vasta literatura sobre los determinantes sociales de la salud y sus inequidades. Gran parte de esta literatura sostiene que muchos de los factores que afectan la salud de los individuos y que reproducen las desigualdades en torno a su acceso están fuertemente relacionados con el status y contexto social que rodea al individuo; situándose dentro de dichos mecanismos sociales factores asociados a la raza y etnicidad. Torres (2003), por ejemplo, recientemente elaboró una revisión de la literatura sobre la manera en que los temas étnico-raciales afectan la salud. En ella, establece una diferenciación entre los factores socioeconómicos y aquellos que se encuentran bajo el control del sector salud.

El primer grupo incluye variables como ingresos, educación, área de residencia, entre otras; y están relacionadas con la etnicidad en la medida en que los grupos indígenas tienden a ser los más pobres, con menor nivel educativo, y en su mayoría residen en áreas rurales con diversas amenazas medioambientales. Con respecto a las variables controladas por el sector salud, podemos mencionar que el sistema no es suficientemente flexible para atender las necesidades de toda la población indígena. De un lado, el propio sistema de salud no instala establecimientos de salud en áreas rurales (donde reside la mayor parte de la población indígena) lo que establece una barrera geográfica importante para el acceso a los servicios de salud. De otro lado, se tiene la llamada barrera cultural, la misma que parte de una diferente cosmovisión de la salud que comparten dichos grupos, lo que en parte explica la sostenida afinidad de las poblaciones indígenas con sus sabedores antes que con los doctores profesionales.

---

materna de los padres, la auto-adscrición de los jefes de hogar y sus cónyuges a un grupo étnico determinado.

20 Ver, por ejemplo, Bleakey y Chin (2006), Fernández y Fogli (2005). Borjas (1992) ya analizaba la relación entre lo que él llama capital étnico y las posibilidades de movilidad intergeneracional.

En general, esta barrera cultural que limita la habilidad del sistema moderno de salud para servir las necesidades de los grupos indígenas, ha sido tratada de manera extensiva tanto en la literatura local como en la internacional<sup>21</sup>. La carencia de afinidad entre las prácticas del personal médico y las creencias o prácticas culturales de la población indígena es un elemento frecuentemente levantado por la literatura local. Yon (2000), por ejemplo, argumenta que las mujeres de origen indígena sí piensan que los métodos “modernos” y los servicios de salud reproductiva son en sí necesarios, pero la percepción de un riesgo desconocido y la pérdida de control sobre su salud las aleja de los servicios modernos de salud reproductiva<sup>22</sup>. Anderson (2001) también argumenta que esta desconfianza aumenta y se retroalimenta debido a las distancias sociales y culturales que tiene esta población con los(as) prestadores(as) y los servicios de salud.

Yon (2003) plantea que el uso de métodos modernos de planificación familiar tiene aspectos especiales. En primer lugar, las mujeres quechuas y aymaras creen que el uso de estos métodos tiene frecuentemente efectos negativos sobre su salud. En segundo lugar, está el condicionante de las relaciones de género, en tanto muchas veces las mujeres comentan sobre la oposición de las parejas al uso de los mismos por sus implicancias sobre las posibilidades de infidelidad de las mujeres. Un tercer elemento es el de la desconfianza respecto a los prestadores de salud; ellas sienten que los prestadores de salud no evalúan las necesidades específicas de las mujeres y sus recomendaciones del uso de métodos modernos de planificación familiar, parecen basarse más bien en procedimientos estandarizados asociados a otros objetivos, como puede ser el control poblacional.

Bernal y Cárdenas (2005) también resumen algunas de las hipótesis más populares para explicar las variaciones en el estado de salud asociadas a los antecedentes raciales y étnicos de los individuos. Más allá de los factores comunes a los planteados por Torres (2003), Bernal y Cárdenas (2005) enfatizan aspectos tales como la relación entre raza-etnicidad y los procesos de inmigración,

---

21 Respecto a la literatura internacional, ver Massé (1995), Good (1994), Corin (1990), Kleinman (1980), et al.

22 Las mujeres incluidas en los estudios revisados reportaban que las características y los mecanismos de acción de los métodos ‘modernos’ pueden generarles malestares, enfermedades e incluso la muerte, además que los procedimientos asociados a ellos las someten a una exposición de su cuerpo y privacidad que no es consistente con muchas de sus prácticas y creencias.

asimilación y aculturación. Una mayor calidad de vida y mayores ventajas en salud puede acumularse en grupos que han contado con períodos más largos para poder adaptarse positivamente a las sociedades urbanas tanto en el ámbito social, como económico y político. En ese marco, las disparidades en salud también podrían ser explicadas por preferencias culturales para prácticas tradicionales y parcialmente por los grandes números de inmigrantes carentes de seguro de salud.

La importancia de factores como la historia de inmigración y diversidad de normas y valores culturales podría explicar en parte las disparidades en salud entre los diferentes grupos étnicos. Este aspecto es particularmente importante para los fines de este documento, en la medida que, como veremos más adelante, la lengua materna de los ancestros de las mujeres encuestadas provee información relacionada con los patrones familiares de migración, y al proceso de asimilación de nuevas prácticas culturales y de salud por aquellos migrantes provenientes de áreas rurales.

Otro aspecto importante es el de la exposición al racismo. El racismo podría tener un impacto en los indicadores de salud. El racismo hace referencia al acceso diferenciado a bienes, servicios y oportunidades dentro de una sociedad por el factor raza. Esto se manifiesta en condiciones materiales y en el acceso al poder. Los ejemplos de racismo en las condiciones materiales incluyen el acceso diferenciado a la calidad de la educación, alojamiento, empleo bien remunerado, facilidades médicas apropiadas, un ambiente pacífico, etc. Con respecto al acceso al poder, los ejemplos incluyen el acceso diferenciado a la información, recursos y voz.

Un tercer aspecto especialmente resaltado por Bernal y Cárdenas (2005), es el del rol de los proveedores de salud en la generación de las desigualdades. La idea básica es que los doctores, encubiertos por prejuicios y creencias estereotipadas y ante la incertidumbre sobre la condición o estado de los pacientes, pueden usar la raza al realizar su diagnóstico. Por ejemplo, se ha documentado que los pacientes afro-americanos en comparación con los pacientes blancos, reciben en menor proporción medicamentos para el dolor cuando van a la sala

de emergencias<sup>23</sup>. De la misma manera, Schulman, et al. (2002) proporciona la evidencia que sostiene que las mujeres afroamericanas tienen menos probabilidad de ser enviadas para una cirugía de corazón; en comparación con los pacientes hombres blancos<sup>24</sup>.

### Datos y metodología de análisis

Como ya se mencionó, este estudio busca profundizar acerca de la relación causal entre la etnicidad y los diferentes indicadores del estado de salud y acceso, uso y financiamiento de los servicios de salud, aprovechando la disponibilidad de nueva información acerca de los antecedentes étnicos de las mujeres que fueron entrevistadas en las rondas 2005 y 2006 de la ENDES. Esta nueva información corresponde a la lengua materna de los padres y abuelos de las mujeres entrevistadas en dichas rondas. La pregunta entonces es cómo clasificar a la población según estas categorías. Para los fines de este estudio, se ha decidido por la siguiente clasificación:

- Hablante de quechua/aymara. Se refiere a aquellas mujeres que identifican a dichas lenguas como la que más utilizan en el hogar<sup>25</sup>.
- Hablante antiguo de castellano. Se refiere a aquellas mujeres que no sólo reportan a ese idioma como el de uso más frecuente en sus hogares, sino también que lo indican como la lengua materna de sus padres y abuelos.
- Hablante reciente de castellano. Se refiere a aquellas mujeres que reportan al castellano como la lengua que usan más frecuentemente en sus hogares, pero que identifican al quechua o aymara como la lengua materna de sus padres o abuelos<sup>26</sup>.

---

23 Vease Todd, K., et al. (2002).

24 Sin embargo, es importante resaltar que otros estudios han sugerido que esto podría ser causado por las mismas preferencias de los pacientes y no por discriminación por parte de los proveedores de salud. Es decir, los pacientes afro-americanos prefieren no tener un procedimiento determinado o no ser prescritos con una determinada medicina.

25 En realidad, en este grupo también se incluyen a las mujeres que reportan lenguas asociadas a los grupos indígenas amazónicos. Sin embargo, es importante tener en cuenta que menos del 2% de estas mujeres reportan lenguas indígenas distintas al quechua o aymara. En tal sentido, no es posible realizar un análisis estadístico significativo para estos grupos por separado, especialmente tomando en cuenta que en este estudio sólo se incluye las rondas 2005-2006 de la ENDES.

26 Nuevamente, el tamaño reducido de la muestra de las rondas 2005-2006 de la ENDES impide

La nueva información que recoge la ENDES permite pues identificar al grupo intermedio, llamado de habla castellana reciente. Este grupo es muy importante en la medida en que identifica a las mujeres que, de acuerdo a sus antecedentes lingüísticos, tienen antecedentes étnicos quechua/aymara, pero que ya han asimilado el habla castellana, en muchos casos por la migración hacia las ciudades. Sin embargo, es posible que este grupo mantenga ciertas prácticas y creencias en relación a la concepción de la salud y a su cuidado. En ese sentido, es posible preguntarnos si este grupo se parece más a los hablantes antiguos de castellano o a los que aún hoy hablan fundamentalmente el quechua/aymara, los mismos que en su mayoría reside en áreas rurales.

Hay que anotar que este tipo de información lingüística ya fue recogida de manera experimental en la ronda 2001 de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH). Valdivia (2007) muestra que hay mucha más gente con antecedentes indígenas, especialmente en las zonas urbanas. El porcentaje de la población con antecedentes lingüísticos quechua o aymara puede llegar hasta el 48% cuando consideramos la lengua materna de sus ancestros, residiendo el 43% de ellos en espacios urbanos. Este estudio midió en primer lugar el tamaño de las brechas étnicas en el acceso, uso y financiamiento de los servicios de salud usando la variable de lengua materna como indicador parcial de la categoría étnica de la población. En segundo lugar, comparó los resultados de las brechas étnicas considerando el antecedente étnico del individuo, aproximado por la lengua materna de sus ancestros. Finalmente, buscó establecer la medida en que las diferencias por grupos étnicos pueden explicarse por factores observables tales como educación, acceso a servicios básicos, ingreso familiar, entre otros.

Este análisis se realizó para un conjunto de indicadores de salud materno-infantil de reconocida importancia en la literatura, y disponibles en la ENDES<sup>27</sup>. Sin embargo, no se pudo incorporar dos de los principales indicadores de salud materno-infantil, mortalidad infantil y mortalidad materna, debido a que el

---

incluir en este estudio un análisis diferenciado de aquellos grupos que reportan al quechua o aymara como lengua materna de sus padres de los que sólo las reportan para sus abuelos. Afortunadamente, esta limitación podrá ser superada más adelante conforme pueda juntarse los datos de más rondas, en la medida que la pregunta se ha mantenido tanto en las rondas del 2006 como en las del 2007.

27 Ver Anexos 1 y 2 para una lista completa de los indicadores con su definición respectiva.

tamaño de la muestra de la ronda 2005-2006 de la ENDES es demasiado pequeño como para permitir un análisis de su desagregación por grupos étnicos o lingüísticos<sup>28</sup>. La idea entonces es primero establecer las diferencias en estos indicadores entre los grupos étnicos definidos en esta sección (quechua/aymara, castellano antiguo y reciente), estableciendo la significancia estadística de las mismas. En segundo lugar, se plantea la utilización de diferentes modelos multivariados para analizar la robustez de las diferencias estimadas inicialmente<sup>29</sup>.

### **Análisis de los resultados: antecedentes lingüísticos y desigualdades en salud**

Los resultados que aquí se resumen se centran en el análisis de la magnitud y significancia estadística de las brechas en los diferentes indicadores de salud asociadas a los antecedentes lingüísticos de las mujeres, y en la importancia de este antecedente como uno de los determinantes sociales de la desigualdad en salud, cuando se toma en cuenta también otras características individuales, de los hogares y de las localidades en que residen las mujeres encuestadas.

Valdivia (2007) utiliza la ENAHO para analizar la relación entre los antecedentes lingüísticos de la población y una serie de características básicas como el nivel educativo o de ingresos, y establece que la mayoría de los que reportan antecedentes lingüísticos quechua o aymara se autoidentifican como quechuas, aymaras, o mestizos. Tomando esto en cuenta, analicemos la distribución de los antecedentes lingüísticos del resto de las mujeres en las rondas 2005-2006 de la ENDES. De acuerdo a la Tabla 1, aunque el 91% de las mujeres reporta al castellano como la lengua que utilizan en el hogar, el 27% identifica al quechua o aymara como la lengua materna de sus padres o abuelos<sup>30</sup>, a este

---

28 Sin embargo, en la medida en que las preguntas sobre antecedentes lingüísticos han sido mantenidas en las dos rondas siguientes, es posible que un estudio posterior permita incorporar estas variables en el análisis.

29 En general, los factores étnicos que explican las diferencias o las inequidades en salud se encuentran estrechamente relacionados a otras características de la población involucrada; en particular, porque tienden a generar menores niveles de ingresos, educación, etc. En este sentido, es de gran relevancia observar si el antecedente lingüístico juega un rol que va más allá de las diferencias explicadas por las características socio-económicas.

30 Con sólo 5,608 observaciones, hemos decidido no separar a aquellos que tienen a padres con esas lenguas de aquellos que sólo sus abuelos las tienen. En una versión futura que junte las observaciones de las rondas del 2005 con las del 2006 y 2007, será conveniente analizar esa diferenciación.

grupo lo denominamos habla castellana reciente, en contraposición al grupo de 64% de las mujeres que reporta al castellano como la lengua materna de sus ancestros de las dos últimas generaciones.

**TABLA 1. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS SEGÚN ANTECEDENTES LINGÜÍSTICOS (%)**

Característica	Castellano		Quechua/ Aymara	Total Mujeres
	Antiguo	Reciente		
Nº observaciones	7,255	3,107	1,051	11,413
	63.57	27.22	9.21	
<b>Área de residencia</b>				
Urbana	74.6	75.9	10.0	69.0
Rural	25.4	24.1	90.0	31.0
<b>Región natural</b>				
Lima Metropolitana	31.4	30.9	0.5	28.4
Resto Costa	33.5	14.4	1.6	25.4
Sierra	21.0	45.5	94.1	34.4
Selva	14.1	9.2	3.7	11.8
<b>Nivel de educación</b>				
Sin educación	1.9	2.2	16.8	3.4
Primaria	20.8	26.0	58.8	25.7
Secundaria	44.0	46.1	23.0	42.6
Superior	33.3	25.7	1.4	28.3
<b>Quintiles de riqueza</b>				
Quintil inferior	10.1	7.0	38.0	11.8
Segundo quintil	14.8	17.9	51.4	19.0
Quintil intermedio	19.2	27.9	8.5	20.6
Cuarto quintil	25.0	26.9	1.5	23.4
Quintil superior	30.9	20.3	0.6	25.2

Fuente: ENDES 2005-2006.

Lo siguiente es analizar las características de cada uno de estos grupos de acuerdo a su lugar de residencia, región, nivel educativo y de riqueza. La Tabla 1 muestra también que el 90% que reporta hablar quechua/aymara se ubica en zonas rurales de la Sierra, y tienen menor nivel educativo y de tenencia de ac-

tivos<sup>31</sup>. Así, el 75% de esas mujeres tiene como máximo educación primaria y el 89% se ubica en los dos quintiles más pobres de acuerdo a su tenencia de activos, cuando esos porcentajes son de 29% y 31%, respectivamente, para el promedio nacional. En resumen, parece ser que el grupo de habla castellana reciente refleja los patrones de migración rural-urbana así como el consecuente aumento en el nivel educativo de sus familias. Lo importante es que ello permite una comparación de grupos étnicos distintos (castellano antiguo vs. reciente) pero con niveles educativos y de urbanización semejantes, cosa que no es posible de lograr al comparar los grupos de habla castellana antigua con los quechua/aymara. Ello nos permitirá aproximarnos, por ejemplo, a la relación entre el sostenimiento de patrones culturales y la utilización de los servicios modernos de salud una vez que se homogeniza relativamente el tema del acceso geográfico a los establecimientos de salud.

Veamos ahora las diferencias por origen étnico en los indicadores de salud seleccionados de acuerdo a las rondas 2005-2006 de la ENDES. Sin embargo, resulta sensato contextualizar estas comparaciones con las tendencias en los promedios de estos indicadores entre el período 2000-04-05. La mayoría de indicadores de salud de la ENDES muestra una evolución positiva entre el 2000 y el 2004. Por ejemplo, mientras que hacia el 2000, el 58% de las mujeres reportó su último parto como institucional, este porcentaje subió a 70% hacia el 2004-05. El mismo tipo de tendencia se observa respecto a controles prenatales y de crecimiento y desarrollo<sup>32</sup>.

En cuanto a las diferencias por antecedentes lingüísticos, la Tabla 2 muestra los porcentajes o promedios para cada indicador de acuerdo al grupo lingüístico al que corresponde. Se ve claramente que el grupo de habla quechua/aymara es el que tiene un menor acceso a partos institucionales o atendidos por un profesional de la salud. En el mencionado grupo, sólo el 42% de las mujeres tuvo acceso a un parto institucional, mientras que ese porcentaje llega hasta 77% en el caso de las mujeres de habla castellana antigua<sup>33</sup>. De otro lado, se observa

---

31 Los quintiles de riqueza no fueron hechos para las mujeres en la muestra de la Tabla 1, sino para toda la población en los hogares encuestados. Es por ello que no tenemos a las mujeres distribuidas uniformemente en los cinco quintiles.

32 Para un mayor detalle de estas tendencias, ver Valdivia y Mesinas (2002).

33 La Tabla 11 de Valdivia (2007) muestra que esta diferencia es estadísticamente significativa;

que el acceso a este tipo de servicios durante el parto es muy semejante entre el grupo de habla castellana antigua y el reciente.

Este patrón de diferencias se repite en el caso del nivel nutricional de los niños menores de 5 años. La tasa de desnutrición crónica es de 51% entre los niños de madre de lengua quechua/aymara mientras que sólo el 18% de los niños con madre de habla castellana antigua padece de esta deficiencia. Asimismo, las diferencias entre el grupo de habla castellana antigua y reciente no son estadísticamente significativas.

En general, estas diferencias en contra de los grupos de origen étnico quechua o aymara confirman las tendencias encontradas en estudios previos<sup>34</sup>. En tal sentido, un aspecto importante es que no se observan diferencias entre ninguno de los tres grupos en lo que respecta al acceso a controles prenatales durante el último embarazo. La tasa de embarazos con al menos cuatro controles prenatales se mueve entre 86% y 88% entre los tres grupos identificados en este estudio, no siendo significativa ninguna de las diferencias. La tendencia incluso llega a revertirse en el caso del acceso a servicios de control de crecimiento y desarrollo de los niños, que es más alto en el caso de las poblaciones de habla quechua/aymara<sup>35</sup>.

Las variables que sí muestran diferencias significativas entre los tres grupos son las que corresponden al uso de métodos modernos de planificación familiar y a los patrones de fecundidad de las mujeres entrevistadas. En primer lugar, se observa el mayor uso actual entre las mujeres no embarazadas del grupo de habla castellana antigua (35%), mientras que el menor uso se da en el grupo de habla quechua/aymara (22%)<sup>36</sup>. El grupo de habla castellana reciente

---

no así la correspondiente a partos institucionales entre el grupo de habla castellana antigua con el reciente.

34 Ver, por ejemplo, Hall y Patrinos (2005) y Benavides y Valdivia (2004).

35 Uno podría interpretar este resultado como un éxito de la focalización de los programas relacionados, aunque esa conclusión escapa los alcances de este estudio. Lo mismo ocurre con la incidencia de diarrea que es menor entre los niños de habla quechua/aymara.

36 Hay que anotar que desde la década de los noventa, el acceso a los insumos correspondientes a los diferentes métodos modernos de planificación familiar es gratis en los establecimientos de salud del MINSA, tanto en espacios urbanos como rurales.

reporta un nivel intermedio de uso de métodos modernos de planificación familiar (32%), el mismo que es estadísticamente distinto de los otros dos grupos.

**TABLA 2. SALUD MATERNO-INFANTIL Y ANTECEDENTES LINGÜÍSTICOS (%)**

Salud materno-infantil	Castellano			Quechua-aymara
	Global	Antiguo	Reciente	
<b>Atención durante el parto</b>				
Parto institucional	72.4	76.8	77.4	42.3
Atendida por profesional de la salud	72.7	76.6	78.9	46.6
<b>Controles prenatales</b>				
Al menos un control	95.0	94.7	95.4	95.3
Al menos cuatro controles	87.8	88.3	87.6	85.7
<b>Afiliación al SIS</b>				
Madre afiliada	61.1	55.7	61.4	85.1
Hijo afiliado	50.5	44.9	48.1	81.0
<b>Fecundidad y planificación familiar</b>				
Nº de hijos	2.0	1.7	2.0	3.5
Embarazo adolescente	28.0	25.1	30.4	41.0
Métodos modernos - Uso actual	32.7	34.7	31.7	21.9
Métodos tradicionales - Uso actual	18.6	16.2	20.8	29.0
<b>Antropometría de la madre</b>				
Sobrepeso u obesidad (IMC $\geq$ 25)	44.4	45.0	47.2	32.8
Obesidad (IMC $\geq$ 30)	12.5	13.0	14.0	4.7
Exposición en talla de la madre (<147 cm.)	20.4	17.6	24.2	30.8
<b>Diarrea y tratamiento</b>				
Niño con diarrea	14.7	14.0	17.6	12.5
Recibió terapia de rehidratación	71.5	73.2	73.3	59.4
<b>Control de crecimiento y desarrollo</b>				
Niños < 2 años	79.5	79.3	79.0	81.4
Niños $\geq$ 2 años	44.3	41.1	47.0	51.7
<b>Antropometría niños</b>				
Z-score talla para la edad	-1.2	-9.9	-1.1	-2.0
Niño con desnutrición crónica	23.9	18.4	20.0	51.3

Fuente: ENDES 2005-2006.

En segundo lugar se observa que la incidencia del embarazo adolescente es también diferente entre los tres grupos lingüísticos, siendo menor entre los de habla castellana antigua (25%), intermedio entre los de castellano reciente (30%) y mayor entre los grupos de lengua quechua o aymara (41%). De alguna manera, ambos resultados son consistentes en la medida que parece haber una mayor probabilidad de embarazo adolescente entre aquellas mujeres que reportan un menor uso de métodos modernos de planificación familiar. Valdivia (2007) muestra que estas diferencias en el uso de métodos anticonceptivos modernos se sostienen cuando controlamos por grupos de edad, pero en el caso del embarazo adolescente, la misma no se sostiene para las mujeres menos jóvenes.

¿Cómo interpretar estos resultados? Una primera cuestión es recordar los planteamientos de los estudios cualitativos asociados al proyecto Reprosalud del Movimiento Manuela Ramos. En dichos estudios, se habla en general de los conflictos que enfrentan las mujeres para buscar la asistencia del personal de los establecimientos de salud en temas de salud reproductiva, en la medida que entienden que es útil, pero al mismo tiempo les genera una gran incertidumbre acerca de los riesgos que sienten que pueden correr al usarlos.

Esta desconfianza tiene que ver con que en muchos casos sólo recurren a estos servicios cuando el embarazo se complica, lo que también tiene que ver con la distancia geográfica que separa a los establecimientos de salud del lugar donde residen las mujeres, pero fundamentalmente por la distancia social que separa al personal médico de las mujeres de habla quechua o aymara, las mismas que residen casi exclusivamente en áreas rurales. Estas hipótesis son muy importantes, pero apuntan a explicar un fenómeno ya harto conocido en la literatura cuantitativa relacionada, el hecho que las mujeres de habla quechua o aymara enfrentan una gran desventaja respecto a las de habla castellana en lo que tiene que ver a su propio estado de salud, como a su acceso efectivo a los servicios básicos de salud<sup>37</sup>.

Lo novedoso de los resultados reportados es el diagnóstico de la situación del estado de salud y el acceso a los servicios de salud de las mujeres del grupo que aquí hemos denominado castellano reciente. Lo que encontramos es que para

---

37 De nuevo, ver Hall y Patrinos (2005) y Benavides y Valdivia (2004).

la mayoría de los indicadores, las mujeres de este grupo presentan patrones semejantes a los del llamado grupo de lengua castellana antigua, y por ende muy distintos a los de las mujeres de habla quechua o aymara. Lo que aún no hemos determinado hasta aquí, es si estas diferencias asociadas a los antecedentes lingüísticos son resultado de la reducción de la distancia geográfica o social entre estas mujeres y el personal de los establecimientos de salud modernos.

Una de las diferencias entre las mujeres de castellano reciente y las de lengua quechua o aymara es que las primeras tienen una mayor probabilidad de residir en las ciudades de la costa, mientras que las segundas tienden a residir en zonas rurales de la sierra<sup>38</sup>. Como sabemos, en las ciudades no sólo los establecimientos de salud están más cerca, sino también sus residentes están mucho más expuestos a información acerca de una concepción de la salud y del cuidado más coherente con los métodos modernos. Aunque sabemos menos de esto, también es posible que muchos de los prejuicios con que se desenvuelven los prestadores de salud en zonas rurales, y que los alejan de las mujeres rurales, sean menores en espacios urbanos, especialmente si las mujeres han ido paulatinamente asimilando no sólo la lengua castellana, sino también algunos otros patrones como la vestimenta, entre otros.

Otro resultado particularmente importante es que las mujeres de los grupos de lengua castellana reciente y antigua sí se diferencian significativamente en cuanto al uso de métodos anticonceptivos modernos y en la incidencia del embarazo adolescente, especialmente en las mujeres mayores de 25 años. Una hipótesis loable es que los comportamientos asociados a estas variables estén relacionados con aspectos culturales o sociales más profundos que son menos fácilmente asimilables con la migración hacia las ciudades o con la educación, que los asociados a la atención profesional prenatal o durante el parto. Ello puede estar asociado a la concepción misma de la sexualidad y maternidad por parte de las mujeres de origen indígena, aunque es claro que incluso las mujeres de los estudios de Reprosalud, fundamentalmente de lengua quechua o aymara, manifestaron con mucha fuerza la importancia del *problema* de tener muchos hijos. Se entiende que una mayor educación formal y la vida en las

---

38 De acuerdo a la Tabla 1, 75% de las primeras reside en zonas urbanas vs. sólo el 2% de las segundas.

ciudades expone a estas mujeres a un conjunto de información que debería reducir la desconfianza respecto a los métodos anticonceptivos modernos.

Sin embargo, también hay que tomar en cuenta que el otro factor importante para resistirse al uso de estos métodos es el de la oposición de las parejas. En tal sentido, es posible que la relativa mayor dificultad para ajustar los patrones de uso de estos métodos corresponda con el hecho que las mujeres de habla castellana reciente mantengan el mismo tipo de relaciones con sus parejas que las de las mujeres de habla quechua o aymara. Una corroboración rigurosa de esta hipótesis ciertamente escapa a las posibilidades de este estudio.

No obstante, algo que sí veremos a continuación es si las diferencias observadas se sostienen cuando controlamos por otras características socio-económicas de las mujeres en el marco de un modelo multivariado. Lo que hacemos es incluir secuencialmente controles por cada uno de estos grupos de variables. En lo que respecta a las características individuales de las mujeres se incluye su edad y el nivel de escolaridad alcanzado. En cuanto al nivel socioeconómico (NSE) de los hogares, se incluye un índice correspondiente al componente principal que toma en cuenta la información sobre las características de la vivienda y la tenencia de activos<sup>39</sup>. En cuanto a las características contextuales se controla por el tipo de localidad (urbana o rural), la región donde se encuentra (costa, sierra o selva), así como por la disponibilidad de redes de servicios de agua y desagüe, y de establecimientos de salud, médicos y camas funcionales en el distrito correspondiente<sup>40</sup>.

La Tabla 3 presenta los resultados del ejercicio descrito para las variables asociadas a planificación familiar<sup>41</sup>. En la medida que estos indicadores son dicotómicos, lo que se reporta es el valor de los efectos marginales estimados para las tres variables ficticias incluidas bajo diferentes especificaciones que van agregando controles de manera secuencial. En la primera columna se presentan los

---

39 Ver Filmer and Pritchett (2001) para una descripción del método utilizado.

40 En lo que respecta a la infraestructura y recursos humanos en salud, se incluye un índice que resume la información de los tres factores, el mismo que se construye usando la misma metodología utilizada en la construcción del índice de riqueza de los hogares. Ver también Valdivia (2004).

41 Valdivia (2007) reporta el análisis multivariado para todas las variables consideradas en la Tabla 2 de este documento.

efectos marginales estimados para una variable que toma el valor de 1 si la mujer reporta al quechua o aymara como la lengua que más utiliza en su hogar.

En la medida que el grupo de referencia es el de las mujeres categorizadas en este estudio como de lengua castellana antigua, este efecto marginal refleja la diferencia en la probabilidad que el indicador de salud tome el valor 1 entre las mujeres que reportan como lengua al quechua o aymara y el mencionado grupo de referencia. Un coeficiente negativo (positivo) indica que las mujeres de lengua quechua o aymara tienen una menor (mayor) probabilidad para que el indicador tome el valor 1, lo que puede ser positivo o negativo según la naturaleza del indicador. Para cada indicador se presenta primero el modelo base, que viene a ser aquel que sólo incluye a las variables identificadoras del antecedente lingüístico de las mujeres entrevistadas. En tal sentido, estos coeficientes corresponden a las diferencias entre las columnas dos y cuatro de la Tabla 2.

Para la incidencia de embarazo adolescente, se da que las diferencias entre estos dos grupos se mantienen como significativas, pero ocurre que se cambia el sentido de la brecha, pasando de ser en perjuicio de las mujeres de habla quechua y aymara a favorecerlas. Por ejemplo, se observa que las mujeres de lengua quechua o aymara tienen una mayor incidencia de embarazos adolescentes (14 puntos porcentuales) que las de lengua castellana antigua. Sin embargo, la incidencia de embarazos adolescentes es 6 puntos porcentuales mayor entre las mujeres de este último grupo cuando controlamos por características de la madre, aunque la diferencia cae a 4 puntos porcentuales cuando se controla adicionalmente por el nivel socio-económico del hogar y otras características regionales.

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos modernos (MAM), se observa que se mantienen las brechas en perjuicio de las mujeres de lengua quechua o aymara. En el caso del uso de MAM, la situación es particularmente dramática en tanto la brecha es de 13 puntos tanto en el modelo sin controles, como en el que controla por todo el conjunto de características.

**TABLA 3. ANTECEDENTES LINGÜÍSTICOS Y LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SMI – ANÁLISIS MULTIVARIADO**

	Antecedentes lingüísticos (quechua/aymara)					
	Ella		Sus padres		Sus abuelos	
<b>Embarazo adolescente</b>						
Modelo simple	0.136	***	0.07	***	0.006	
+ características de la madre	-0.06	***	0.008		0.033	**
+ índice de activos del hogar	-0.086	***	0.006		0.025	
+ contexto regional	-0.038	**	0.024	**	0.036	**
<b>MAM<sup>1/</sup> – Uso actual</b>						
Modelo simple	-0.129	***	-0.03	***	-0.037	**
+ características de la madre	-0.166	***	-0.059	***	-0.018	
+ índice de activos del hogar	-0.164	***	-0.059	***	-0.017	
+ contexto regional	-0.134	***	-0.045	***	-0.007	

<sup>1/</sup>Métodos anticonceptivos modernos.

Fuente: ENDES 2005-2006.

Los coeficientes en las columnas segunda y tercera se refieren a las diferencias entre las mujeres de lengua castellana antigua y reciente, aunque en este caso se da de manera más desagregada. En la segunda columna se reportan los coeficientes estimados para los casos en que las mujeres reportan al español como la lengua que más utilizan en el hogar, pero que a su vez reportan al quechua o aymara como la lengua materna de sus padres. A su vez, la tercera columna reporta los coeficientes estimados para la variable que identifica a las mujeres que reportan al español como la lengua que hablan más frecuentemente en su hogar y como la lengua materna de sus padres, pero que al mismo tiempo reportan al quechua o aymara como la lengua materna de sus abuelos. Lo interesante de resaltar en estos casos es que para el uso de MAM, las brechas en perjuicio de las mujeres de lengua castellana reciente se mantienen aún cuando se incluyen los controles referidos.

En resumen, es importante primero ofrecer una interpretación del hecho que la inclusión de los controles mencionados haga desaparecer las brechas en los indicadores en perjuicio de las mujeres de lengua quechua o aymara, e incluso se invierta la relación en algunos otros indicadores. Ciertamente, ello no

implica que estos grupos no sufran de exclusión en nuestras sociedades. Lo que plantea es que la exclusión de estos grupos se da fundamentalmente a través de las desigualdades en el acceso a la educación de las mujeres, el NSE de sus hogares y la disponibilidad de infraestructura básica y de salud en sus localidades. Este resultado es peculiar a las variables de salud, considerando que estudios previos han tendido a encontrar que el origen étnico se mantiene como variable significativa en la determinación de la pobreza, o nivel de escolaridad, aún luego de incluir los controles correspondientes<sup>42</sup>. Más bien, este resultado es consistente con los diversos estudios internacionales que hablan de la importancia de los determinantes sociales para explicar las inequidades en salud.

Sin embargo, el sostenimiento de las diferencias entre las mujeres de lengua castellana antigua y reciente en el uso de MAM cuando se incluyen los controles, sugiere que estas diferencias van más allá de las que corresponden a las diferencias en educación, pobreza y otros determinantes sociales de las desigualdades en el uso de métodos de planificación familiar. Conectando este resultado con los presentados en la Tabla 2, se reafirma la hipótesis que la brecha en el uso de MAM no se explica únicamente por características tradicionales observables. Ello genera un espacio para conectar estas brechas a la persistencia de una brecha cultural asociada a la propia concepción de la sexualidad, la maternidad y/o las relaciones de género de las mujeres quechuas o aymaras de acuerdo a sus antecedentes lingüísticos, las mismas que no son tan fáciles de superar con la migración a las ciudades, como las relacionadas con la atención médica durante el embarazo o el parto.

En ese sentido, se refuerza la idea que la promoción de la equidad en el uso de métodos de planificación familiar requiere superar los enfoques tradicionales para incorporar un trabajo sobre estos patrones culturales, pero no solamente en espacios rurales, sino también con aquellas que en este estudio hemos denominado de lengua castellana reciente, muchas de las cuales residen en espacios urbanos.

---

42 Ver, por ejemplo, Herrera (2003).

## RESUMEN, DISCUSIÓN E IMPLICANCIAS DE POLÍTICA

En este artículo discutimos la raza-etnicidad como determinante de las desigualdades en salud en el Perú. Primero describimos las características del proyecto que la Alianza para la Equidad en Salud (AES) ha venido desarrollando durante el periodo 2005-2009, que incluye el marco conceptual, la estrategia de acción, los productos y resultados, resaltando sus contribuciones respecto al mejoramiento de la información sobre los antecedentes étnicos de la población peruana en encuestas de representatividad nacional, y para insertar el tema de discriminación de origen étnico-racial en los establecimientos de salud en la agenda de discusión de políticas. En segundo lugar, presentamos de manera resumida uno de los principales estudios de ese proyecto, el mismo que utiliza la nueva información acerca de la lengua materna de los padres y abuelos de las mujeres entrevistadas en las rondas 2005-2006 de la ENDES para establecer sus antecedentes lingüísticos. Sobre este estudio, presentamos primero sus resultados y luego discutimos sus implicancias de política.

En el caso del estudio específico resaltado, se usa información de los antecedentes lingüísticos, la misma que nos permite identificar un nuevo grupo intermedio, que aquí hemos llamado de lengua castellana reciente, que incluye a aquellas mujeres que reportan al castellano como lengua de mayor uso en el hogar, pero que a su vez reportan al quechua o aymara como lengua materna de sus padres. El planteamiento es que este grupo lingüístico intermedio puede ayudarnos a identificar los antecedentes étnicos familiares en la medida que esté asociado al mantenimiento de creencias y prácticas culturales y de relaciones sociales. El análisis del comportamiento de este grupo da luces significativas acerca de la forma como las poblaciones de origen étnico quechua o aymara van paulatinamente asimilándose a las ciudades, especialmente en lo que respecta a su interacción con el sistema público de salud, conforme se va reduciendo la distancia geográfica y social que afecta a estos grupos cuando residen en áreas rurales.

En cuanto a los resultados del análisis de las brechas en salud asociadas a los antecedentes lingüísticos, se confirma en primer lugar, la desventaja que enfrentan las mujeres que reportan al quechua o aymara en los diferentes indicadores

de salud materno-infantil. Sin embargo, es importante establecer que, para la mayoría de indicadores, se da que estas diferencias desaparecen cuando se controla por otras características sociales como la educación de las mujeres, el nivel socio-económico de sus hogares y la disponibilidad de infraestructura básica y de salud en las localidades en que residen. Este resultado reafirma la importancia de estos factores sociales en la explicación de las desigualdades en salud materno-infantil, y refuerza la necesidad de intervenciones integrales para reducir efectivamente las inequidades en salud materno-infantil prevalentes en nuestro país.

Una de las excepciones a este patrón se da con la incidencia del embarazo adolescente y la utilización de métodos anticonceptivos modernos. Tal resultado sugeriría que las brechas culturales son más influyentes en esta variable para la definición de los comportamientos de las mujeres de origen quechua o aymara, probablemente por su conexión con la concepción misma de la sexualidad y las relaciones de género de este grupo lingüístico. Esta interpretación se reafirma al observar que el grupo de lengua castellana reciente también muestra una desventaja en la utilización de estos métodos, a pesar que la distancia geográfica y social se reduce para ellas en la medida que residen en su mayoría en espacios urbanos. En tal sentido, este último resultado también plantea que este tipo de patrones culturales sería más persistente entre las mujeres de origen quechua o aymara, en la medida en que se sostienen y transmiten en las siguientes generaciones, incluso cuando su contexto ha variado como resultado de la migración familiar hacia las ciudades.

Una pregunta relevante es si la importancia de estos factores culturales en la determinación de las decisiones de las mujeres sobre su sexualidad y patrones reproductivos justifica una intervención de política pública. Lo importante aquí es que, respetándose las preferencias individuales, las niñas tomen estas decisiones con la debida información acerca de sus derechos frente a sus parejas y sobre las consecuencias en términos de enfermedades de transmisión sexual, de un embarazo adolescente, etc.

Diversos estudios muestran, por ejemplo, que un embarazo temprano está asociado a un mayor riesgo de mortalidad infantil o materna, así como con

menores rendimientos en la escuela y el mercado laboral<sup>43</sup>. Así pues, intervenciones efectivas en salud reproductiva basadas en un enfoque de derechos y de equidad de género serían ampliamente justificadas para los grupos poblacionales identificados aquí como particularmente vulnerables.

### **Implicancias de política**

En términos de sus implicancias de política, los resultados presentados confirman la necesidad de una estrategia integral que apunte de manera proactiva a la reducción de las brechas en salud asociadas a factores étnico-raciales. Por ejemplo, reducir las desventajas en salud de la población de habla quechua/aymara requiere ir más allá de las mejoras en el sistema de aseguramiento universal, para incluir esfuerzos informativos específicos para esta población, así como una estrategia de desarrollo de infraestructura que mejore el acceso geográfico de estas poblaciones a los servicios de salud.

Reducir la barrera financiera es muy importante y merece la prioridad que el tema viene teniendo en esta gestión ministerial, pero ciertamente dicha reducción requiere ser complementada con estrategias que también atiendan la barrera geográfica y establezcan canales de comunicación con estas poblaciones, a partir de un mayor conocimiento de nuestros profesionales de la salud acerca de cómo las comunidades indígenas conciben la salud y cómo se conectan con el sistema de salud, además de un respeto fidedigno a sus derechos de elección informada<sup>44</sup>.

Ciertamente, los resultados aquí presentados ponen especial énfasis en el trabajo asociado a las políticas de planificación familiar, las que igualmente deben abordarse desde una perspectiva integral que también incluya el tema de la equidad de género. En otras palabras, en la línea del planteamiento del programa REPOSALUD, es fundamental que la promoción del uso de MAM y la prevención del embarazo adolescente se realicen en el marco de una estrategia

---

43 Ver, por ejemplo, Field y Ambrus (2008).

44 Este proyecto ha estado trabajando sobre el tema de la formación de los profesionales de la salud en temas de interculturalidad, a partir de la transformación de los productos de las investigaciones en materiales de capacitación disponibles para las escuelas de medicina y salud pública del país.

de empoderamiento de las mujeres para acceder a su derecho de realización personal, tanto en el espacio laboral como en el del hogar.

Este enfoque integral basado en los derechos de las mujeres es especialmente importante para las políticas de planificación familiar en el Perú por al menos dos razones. Primero, para considerar la necesidad de trabajar no sólo con las mujeres (niñas) sino también con los hombres, especialmente los más jóvenes, con los cuales es más viable alterar percepciones y patrones de comportamiento que afectan el desarrollo de las mujeres. En segundo lugar, este enfoque integral es muy importante para evitar excesos que son comunes en políticas que se centran en el control poblacional entre las poblaciones más pobres.

En el Perú, es muy reciente el caso de los excesos cometidos por la política de salud reproductiva y de planificación familiar implementada durante la década de los noventa, en particular alrededor de las anticoncepciones quirúrgicas voluntarias (AQV). Los cientos de casos de excesos reportados e investigados por la Defensoría del Pueblo son un indicador del riesgo que pueden representar los programas de salud reproductiva y planificación familiar que se centran en objetivos de control poblacional antes que en la promoción de los derechos de las mujeres, especialmente entre las mujeres indígenas, ante las cuales el sistema de salud ha sido tradicionalmente insensible a sus requerimientos culturales y otros.

Otra importante implicancia de política es que este tipo de intervenciones con enfoque integral son necesarias no sólo en los espacios rurales sino también en los espacios urbanos, con las mujeres de origen lingüístico quechua o aymara. Nuestra revisión de la literatura identifica varios programas con un enfoque integral, tales como el de REPROSALUD, pero la mayoría de ellos se centra en espacios rurales. Sin embargo, nuestros resultados acerca de la persistencia inter-generacional de ciertos patrones de comportamiento sexual reproductivo entre las mujeres con antecedentes quechuas o aymaras, plantean que es necesario trabajar este tema también, por ejemplo, en espacios urbano-marginales que concentren poblaciones de migración reciente.

Pero la estrategia integral también se refiere a la necesidad de trascender el sector salud para buscar atacar las raíces de las desigualdades que estas poblaciones de origen indígena sufren respecto al acceso a educación de calidad, a la posibilidad de desarrollar oportunidades económicas sostenibles, y al derecho

a infraestructura económica y social, en tanto es claro que estas desigualdades determinan las desigualdades en salud que hemos reportado con este proyecto. Así, una política centrada exclusivamente en el sector salud tiene menos oportunidades de contribuir a la promoción de los derechos reproductivos de las mujeres que otra que suponga un esfuerzo multisectorial.

Finalmente, los resultados aquí mostrados sostienen la importancia de incorporar la información de los antecedentes lingüísticos de las mujeres en el cuestionario de la ENDES. No obstante, es aún necesario profundizar en la relación de los antecedentes lingüísticos y el origen étnico de las mujeres. Para ello será muy útil complementar el análisis aquí realizado con el análisis de la información que ha de obtenerse a partir del módulo sobre etnicidad incluido en la ronda 2007 de la ENDES, el mismo que incluye preguntas acerca de su auto-adscripción étnica, su relación con el pueblo, ciudad o departamento donde nacieron las mujeres encuestadas o sus padres, así como su percepción de eventos de discriminación.

De otro lado, también sería necesario profundizar con estudios cualitativos el análisis de la forma como las mujeres de antecedentes lingüísticos quechua o aymara que han migrado a áreas urbanas van cambiando su concepción de la sexualidad y las relaciones de género, y sus patrones de fecundidad, así como del análisis del tipo de respuesta de los servicios de salud frente a esta población. Estos estudios debieran analizar la calidad de la atención materno-infantil en el marco del respeto intercultural, la comprensión de las concepciones de sexualidad y relaciones de género, y su capacidad de adaptación y discriminación positiva. Como parte de las nuevas políticas de protección social en salud en Perú, la inequidad étnica se debe constituir en un área de alta prioridad basada en una perspectiva de derechos universales a la salud y el respeto por la diversidad cultural.

## BIBLIOGRAFÍA

Almeida-Filho, N., Kawachi, I., Pellegrini, A. y Dachs, J. (2003). Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric and content analysis (1971-2000). *American Journal of Public Health*, 93, 2037-2043.

Altamirano, T. y Hirabayashi, L. (1997). The construction of regional identities in Urban Latin America. En Altamirano, T. y Hirabayashi, L. (Eds.). *Migrants, regional identities and Latin American cities*, Society for Latin American Anthropology Publications Series, 13.

Anderson, J. (marzo, 2001). Tendiendo puentes. Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de los servicios de salud. *Movimiento Manuela Ramos-Proyecto Reprosalud*, primera edición, Lima.

Banco Mundial-DFID (2003). Perú: Voces de los Pobres. En Lima, Barth, Fredrik, (Comp.) (1976). *Los grupos étnicos y sus fronteras. La organización social de las diferencias culturales. Introducción*. México: Fondo de Cultura Económica.

Benavides, M. y Valdivia, M. (diciembre, 2004). *Metas del Milenio y la Brecha Étnica en el Perú*. Manuscrito GRADE, Lima. Recuperado de [http://www.grade.org.pe/download/docs/informe ethnicity and MDGs v3.pdf](http://www.grade.org.pe/download/docs/informe%20ethnicity%20and%20MDGs%20v3.pdf)

Bernal, R. y Cárdenas, M. (enero, 2005). Race and Ethnic Inequalities in Health and Health Care in Colombia. *Fedesarrollo Working Paper Series*, 29.

Borjas, G. (febrero, 1992). Ethnic Capital and Intergenerational Mobility. *Quarterly Journal of Economics*, 107(1), 123-150.

Brass, P. (1999). *Ethnicity and nationalism: Theory and comparison*. New Delhi: Sage Publications Inc.

Castro, R. (2003). Para que no se te pegue el mote: etnicidad, estatus y competencia social en jóvenes del 2001. *Revista Antropológica*, 21. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

Cotler, J. (1992). Clases, estado y nación en el Perú, *Colección Perú Problema*, 17. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.

Degregori, C. (1993). Identidad étnica, movimiento sociales y participación política en el Perú. *Democracia, etnicidad y violencia política en los países andinos*. Lima: IFEA-IEP.

Espinoza, G. y Torreblanca, A. (mayo, 2004). Cómo rinden los estudiantes peruanos en Comunicación y Matemática: resultados de la Evaluación Nacional 2001. Informe Descriptivo. *Documento de Trabajo*, 1. Unidad de Medición de la Calidad Educativa, Ministerio de Educación.

Fernández, R. y Fogli, A. (enero, 2009). Culture: An Empirical Investigation of Beliefs, Work and Fertility. *American Economic Journal: Macroeconomics*, 1(1), 146-177.

Field, E. y Ambrus, A. (octubre, 2008). Early Marriage, Age of Menarche, and Female Schooling Attainment in Bangladesh. *Journal of Political Economy*, 116(5), 881-930.

Figuerola, A., Altamirano, T. y Sulmont, D. (1996). *Exclusión social y desigualdad en el Perú*. Lima: OIT- Organización Internacional del Trabajo, IIEL-Instituto Internacional de Estudios Laborales.

Filmer, D. y Pritchett, L. (febrero, 2001). Estimating wealth effects without expenditure data-or tears: An application to educational enrollments in States of India. *Demography*, 38(1), 115-132.

Good, B. (1994). *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.

Hall, G. y Patrinos, H. (2005). *Indigenous Peoples, Poverty and Human Development in Latin America: 1994-2004*. Washington DC: Banco Mundial.

Herrera, J. (octubre, 2003). *Análisis de la pobreza en el Perú 2002 desde la perspectiva de los hogares y las unidades de producción*. Recuperado de [www.consortio.org/CIES/html/doc/Hipervinculo\\_Herrera.doc](http://www.consortio.org/CIES/html/doc/Hipervinculo_Herrera.doc)

Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.

Massé, R. (1995). *Culture et Santé Publique*. Montreal: Gaëtan Morin Éditeur.

Mendieta, C. (octubre, 2003). “Discriminación étnica y pobreza de oportunidades: reflexiones para el análisis de la mayor pobreza de las poblaciones indígenas en el Perú”. *Manuscrito CIES*. Lima.

Montoya, R. (1993). Libertad, democracia y problema étnico en el Perú. *Democracia, etnicidad y violencia política en los países andinos*, Lima: IFEA-IEP.

Oliart, P. (1984). Migrantes andinos en un contexto urbano: las cholitas en Lima. *Debates en Sociología*, 10. Lima: PUCP.

Ossio, J. (1995). Etnicidad, cultura y grupos sociales. *El Perú frente al Siglo XXI*. Lima: Fondo Editorial PUCP.

PREAL (2004). *Informe de Progreso Educativo: Perú*. Lima: GRADE / PREAL.

Psacharopoulos, G., Patrinos, H. (1994). *Indigenous people and poverty in Latin America. An empirical analysis*. Washington D.C: The World Bank.

Schulman, K., et al. (2002). The Effect of Race and Sex on Physicians' Recommendations for Cardiac Catheterization. En La Veist (Ed.).

Todd, K., Deaton, C., D'Adamo, A. y Goe, L. (2002). Ethnicity and Analgesic Practice. En La Veist (Ed.).

Torero, M., Saavedra, J., Ñopo, H. y Escobar, J. (2004). An Invisible Wall? The Economics of Social Exclusion in Peru. En Mayra Buvinic, Jaqueline Mazza and Ruthane Deutsch (Eds.). *Social Inclusion and Economic Development in Latin America*. IDB / Johns Hopkins University Press.

Torres, C. (2003). *Equity in Health from an Ethnic Perspective*. Washington, D.C.: PAHO, Public Policy and Health Program Division of Health and Human Development.

Trivelli, C. (octubre, 2002). *Características de los hogares pobres y no pobres en base al origen étnico de sus miembros: ¿El origen étnico afecta las posibilidades de desarrollo de estos hogares?* Reporte preparado para el BID, Instituto de Estudios Peruanos, Lima.

Valdivia, M. (diciembre, 2004). Poverty, Health Infrastructure and the Nutrition of Peruvian Children. *Economics and Human Biology*, 2(3), 489-510.

\_\_\_\_\_. (julio, 2007). Etnicidad, Antecedentes Lingüísticos y la Salud Materno-Infantil en el Perú. *Documento de Trabajo*, 22. INEI-CIDE.

Valdivia, M. y Mesinas, J. (diciembre, 2002). *Evolución de la Equidad en Salud Materno-Infantil en el Perú: 1986-2000*. INEI-Macro Inc. International.

Yon, C. (2000). *Preferencias reproductivas y anticoncepción: Hablan las mujeres*. Lima: Movimiento Manuela Ramos.

\_\_\_\_\_. (2003). *Salud reproductiva, interculturalidad y ciudadanía*. Lima: Movimiento Manuela Ramos. Versión electrónica recuperada de [http://www.interculturalidad.org/2\\_06.htm](http://www.interculturalidad.org/2_06.htm)

## ANEXOS

## ANEXO 1. DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES DE SALUD ANALIZADOS

Variable	Descripción
<b>Asistencia institucional en el parto</b>	
Parto institucional	Porcentaje de madres que dieron a luz en algún establecimiento de salud, público o privado. Disponible para el último nacido vivo.
Atendida por profesional de la salud	Porcentaje de madres que fueron atendidas por algún personal de la salud; ya sea médico, obstetrix, enfermera, sanitario, promotor, etc. Disponible para los tres últimos nacidos vivos. Como es una variable de respuesta múltiple, se considera el personal más capacitado si la atiende más de una persona.
<b>Controles prenatales</b>	
Al menos un control	Porcentaje de nacidos vivos que tuvo al menos un control prenatal. Dato disponible para el último nacido vivo.
Al menos cuatro controles	Porcentaje de nacidos vivos que tuvo al menos cuatro controles prenatales. Dato disponible para el último nacido vivo.
<b>Afiliación al SIS</b>	
Madre afiliada al SIS	Porcentaje de madres afiliadas al Seguro Integral de Salud o Materno-Infantil durante el embarazo. Dato disponible para el último nacido vivo.
Hijo afiliado al SIS	Porcentaje de nacidos vivos afiliados al Seguro Integral de Salud. Dato disponible para el último nacido vivo.
<b>Fecundidad y planificación familiar</b>	
Nº de hijos	Número de hijos nacidos vivos.
Embarazo adolescente	Porcentaje de mujeres que tuvieron su primer hijo a los 19 años o menos.
Métodos modernos - alguna vez	Porcentaje de mujeres que han usado alguna vez un método moderno de planificación familiar: Píldora, DIU, inyección, vaginales, implantes o norplant, condón, esterilización femenina, esterilización masculina, MELA, anticoncepción oral de emergencia.
Métodos tradicionales - alguna vez	Porcentaje de mujeres que han usado alguna vez un método tradicional de planificación familiar: abstinencia periódica, retiro, otros.
Métodos modernos - actual	Porcentaje de mujeres que usan actualmente algún método moderno de planificación familiar: Píldora, DIU, inyección, vaginales, implantes o norplant, condón, esterilización femenina, esterilización masculina, MELA, anticoncepción oral de emergencia.
Métodos tradicionales - actual	Porcentaje de mujeres que usan actualmente algún método tradicional de planificación familiar: abstinencia periódica, retiro, otros.

**ANEXO 2. DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES DE SALUD ANALIZADOS**

Variable	Descripción
<b>Antropología de la madre</b>	
Sobrepeso u obesidad	Porcentaje de mujeres con Índice de Masa Corporal (IMC) de al menos 25.
Obesidad	Porcentaje de mujeres con Índice de Masa Corporal (IMC) de al menos 30.
Exposición en talla de la madre	Porcentaje de mujeres cuya talla es menor a 1.47 metros.
<b>Diarrea y tratamiento</b>	
Niño con diarrea	Porcentaje de niños que tuvieron diarrea en las dos semanas que precedieron la encuesta.
Recibió terapia de rehidratación	Porcentaje de niños con diarrea que recibieron terapia de rehidratación (SRO, Frutiflex, electrolite o similar, preparación recomendada hecha en casa, aumento de líquidos en general).
<b>Control de crecimiento y desarrollo</b>	
Niño con controles	Porcentaje de niños que se hicieron algún control de crecimiento y desarrollo en los 6 meses anteriores a la encuesta. Disponible para los tres últimos nacidos vivos.
<b>Antropometría niños</b>	
Z-score talla para la edad	Puntaje estandarizado en desviaciones estándar, según población de referencia CDC/WHO 1978.
Niño con desnutrición crónica	Porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición crónica (población de referencia CDC/WHO 1978).

Fuente: ENDES 2005-2006.