



Etnicidad, Antecedentes Linguísticos y la Salud Materno Infantil en el Perú

Documento de Trabajo

Lima, julio 2007

Dirección y Supervisión:
Lic. Lupe Berrocal de Montestruque
Asesora Jefatura INEI
(Directora Técnica CIDE hasta 08/01/2007)

Documento elaborado por:
Martín Valdivia

Nota: Las opiniones y conclusiones de este estudio son de exclusiva responsabilidad del autor, por lo que el INEI no se solidariza necesariamente con ellas.

Este estudio forma parte del plan de investigaciones asociado al proyecto "Raising Awareness on the Connection between Race/Ethnicity, Discrimination, Poverty and Health Inequalities in Peru" que el autor viene desarrollando con el apoyo del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID) a través de su programa de Gobernabilidad, Equidad y Salud. El autor agradece los comentarios de Mariela Planas, Néstor Valdivia, de Susana Guevara, responsable de la lectoría encargada por el Fondo, así como la excelente asistencia en la investigación de Paola Vargas. Sin embargo, todos los planteamientos incluidos, así como los errores u omisiones son responsabilidad exclusiva del autor.

Preparado : Centro de Investigación y Desarrollo del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
Diagramación : Centro de Edición de la Oficina Técnica de Difusión del INEI
Tiraje : 200 Ejemplares
Domicilio : Av. General Garzón 658, Jesús María. Lima - Perú

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° : ~~2006-4326~~

Presentación

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), continuando con su política de promover y difundir estudios especializados en temas de salud materno infantil en base a las encuestas permanentes y otras fuentes de datos que ejecuta, pone a disposición de la comunidad nacional, autoridades, instituciones públicas y privadas y usuarios en general, el documento **Etnicidad, Antecedentes Lingüísticos y la Salud Materno Infantil en el Perú**, elaborado a partir de los datos proporcionados por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES Continua) 2004-2005.

El estudio analiza el papel de los antecedentes lingüísticos y la etnicidad como determinantes de las desigualdades en salud materno-infantil en el Perú, aprovechando que a partir de la ronda 2005 la ENDES incluye, adicionalmente, información acerca de la lengua materna de los ancestros de la mujer entrevistada (padres y abuelos). Al identificar un grupo lingüístico intermedio denominado de lengua castellana reciente, conformado por 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, la investigación argumenta que el análisis del comportamiento de este grupo da luces 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.

Para el análisis de las brechas en salud materno-infantil, el estudio utiliza diversos indicadores. En el caso de los niños: la desnutrición crónica, establecida a partir del puntaje estandarizado de talla para la edad, la incidencia de diarrea y acceso a los tratamientos correspondientes, el uso de controles de crecimiento y desarrollo y la afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS) y para las mujeres en edad reproductiva: el acceso a controles prenatales, la atención durante el parto, el uso de métodos anticonceptivos modernos, la afiliación al SIS, la incidencia de embarazo adolescente, así como de sobrepeso/obesidad y riesgo obstétrico asociado a la talla de la mujer.

Esta publicación ha sido realizada en el marco del proyecto "Administración de programas de investigación de MACRO INTERNATIONAL INC.", con el financiamiento de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y bajo la dirección técnica del INEI.

Los resultados que se muestran en esta publicación tienen carácter de preliminar por lo que el INEI espera que futuras investigaciones, utilizando datos cuantitativos y cualitativos, profundicen en las diferentes hipótesis que aquí se resaltan como particularmente relevantes.

Lima, julio de 2007

Mg. Renán Quispe Llanos
Jefe del INEI



ÍNDICE

Presentación	3
Resumen Ejecutivo	7
I. Introducción	9
II. Etnicidad, antecedentes lingüísticos y salud materno-infantil (SMI)	13
III. Datos y metodología de análisis	17
IV. Análisis de los resultados	21
4.1) Lengua materna y antecedentes étnicos de las mujeres peruanas	21
4.2) Magnitud de las brechas por antecedentes lingüísticos en SMI	24
4.3) La brecha por antecedentes lingüísticos y los determinantes sociales de la SMI	30
V. Conclusiones preliminares	35
VI. Referencias	37
Anexos	41

Índice de Cuadros

Tabla 1: Hogares indígenas, bajo definiciones alternativas	18
Tabla 2: Antecedentes lingüísticos del jefe según definiciones alternativas	21
Tabla 3: Antecedentes lingüísticos y adscripción étnica de los jefes del hogar	22
Tabla 4: Características básicas según antecedentes lingüísticos (%)	24
Tabla 5: Evolución de indicadores de salud (2000-04-05)	25
Tabla 6: Antecedentes lingüísticos y salud materno – infantil	26
Tabla 7: Antecedentes lingüísticos y patrones de fecundidad por grupo de edad	28
Tabla 8: Antecedentes lingüísticos y los determinantes sociales de la SMI – Análisis multivariado	31
Tabla 9: Descripción de los indicadores de salud analizados	43
Tabla 10: Descripción de los indicadores de salud analizados (...cont.)	44
Tabla 11: Antecedentes lingüísticos y salud materno – infantil (prueba de medias)	45
Tabla 12: Antecedentes lingüísticos y patrones de fecundidad por grupo de edad (prueba de medias)	46

RESUMEN EJECUTIVO

Este documento analiza el papel de los antecedentes lingüísticos y la etnicidad como determinantes de las desigualdades en salud materno-infantil en el Perú, aprovechando que a partir de la ronda 2005, la Encuesta de Demografía y Salud (ENDES) incluye adicionalmente información acerca de la lengua materna de los ancestros de la mujer entrevistada (padres y abuelos). Con esta nueva información, identificamos un grupo lingüístico intermedio, que llamamos de lengua castellana reciente, conformado por 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 estudio argumenta que el análisis del comportamiento de este grupo da luces 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 al análisis de las brechas en salud materno-infantil, se utilizaron diversos indicadores. En el caso de los niños, los indicadores analizados fueron la desnutrición crónica, establecida a partir del puntaje estandarizado de talla para la edad, la incidencia

de diarrea y acceso a los tratamientos correspondientes, el uso de controles de crecimiento y desarrollo y la afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS). Para las mujeres en edad reproductiva, los indicadores analizados fueron la utilización de controles prenatales, la atención durante el parto, el uso de métodos anticonceptivos modernos, la afiliación al SIS, la incidencia de embarazo adolescente, así como de sobrepeso/obesidad y riesgo obstétrico asociado a la talla de la mujer. Los resultados del análisis de las brechas en salud asociadas a los antecedentes lingüísticos confirman, en primer lugar, la desventaja que enfrentan las mujeres que reportan al quechua o aymara como la lengua que hablan en sus hogares en 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 que persisten en nuestro país.

Una de las excepciones a este patrón se da con la utilización de métodos anticonceptivos modernos. Tal resultado sugeriría que las brechas culturales serían 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 con las siguientes generaciones, a pesar que su contexto ha variado como resultado de la migración familiar hacia las ciudades. En términos de sus implicancias de política, estos resultados fortalecen primero la idea que las políticas de planificación familiar deben abordarse desde una perspectiva integral que también incluya el tema de la equidad de género. Otra implicancia de política es que este tipo de enfoques no son necesarios sólo en los espacios rurales sino también en los espacios urbanos,

con las mujeres de origen lingüístico quechua o aymara.

Los resultados aquí mostrados sostienen la importancia de incorporar la información de los antecedentes lingüísticos de las mujeres en el cuestionario de la ENDES. De todas maneras, es importante recalcar que este estudio debe ser tomado como un resultado preliminar, siendo necesario profundizar en las diferentes hipótesis que aquí se resaltan como particularmente relevantes. De un lado, es 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 ellas o sus padres, así como su percepción de eventos de discriminación. De otro lado, también sería necesario profundizar con estudios cualitativos acerca de la forma como las mujeres de antecedentes lingüísticos quechua o aymara que residen en áreas urbanas van ajustando su concepción de la sexualidad y las relaciones de género, así como sus patrones de fecundidad.

I. INTRODUCCION

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, habiendo sido reforzados durante la República^{1/}. 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^{2/}.

La necesidad de luchar contra la discriminación y las brechas étnico/raciales viene encontrando un consenso creciente a nivel nacional e internacional. En el Perú, la Comisión de la Verdad y la Reconciliación (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^{3/}.

Así, las conclusiones de la CVR ponen especial urgencia a las discusiones sobre las brechas étnicas en un contexto donde temas como la raza y la etnicidad no han sido analizados debidamente como factores de exclusión social en el país. A pesar de ello, muchos de los más importantes estudios de pobreza en Latinoamérica, así como en el Perú, no le han otorgado a dichos factores el debido rol protagónico, en buena parte por la falta de información cuantitativa adecuada^{4/}. En el caso peruano, 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^{5/}. Utilizando esta información, un estudio reciente de Benavides y Valdivia (2004) aborda el tema de las brechas étnicas en el Perú y su relación con los avances alcanzados en relación

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

2/ 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.

3/ A pesar que el tema étnico-racial no fue levantado abiertamente por ninguno de los grupos terroristas, el reporte 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 falta de la sociedad peruana para asimilar dichas pérdidas como suyas, es una expresión clara del racismo oculto que aún prevalece en nuestra sociedad.

4/ 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.

5/ Sólo las últimas encuestas ENAHO han comenzado a incorporar algunos otros indicadores, incluida la propia auto-adscripción.

a las metas del milenio (MDMs). Dicho estudio muestra que se dieron avances importantes en salud materno-infantil durante la década pasada, pero los mismos no contribuyeron a reducir 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^{6/}.

La vasta literatura local e internacional revisada considera que la etnicidad juega un importante rol en la estructura social, demostrando además que algunos indicadores psicosociales relacionados a experiencias en discriminación, marginalización y exclusión social han impactado negativamente en el estado de salud de la población indígena. Estas relaciones teóricas, o basadas en evidencia cualitativa, que conectan variables de etnicidad, incluidos los antecedentes lingüísticos, con pobreza y desigualdades sociales han sido en muy pocos casos contrastados con la evidencia empírica peruana; y más aún el tema que corresponde a la conexión entre salud y discriminación étnico-racial ha sido el menos estudiado para el caso peruano. En ese sentido, un mejor entendimiento de la importancia de los factores étnicos, a partir del análisis de los antecedentes lingüísticos, en la determinación de las inequidades en salud en el Perú, más allá

de los usuales factores socio-económicos, es indispensable para establecer si las políticas tradicionales y medidas económicas actualmente empleadas son suficientes para permitir que los grupos de origen indígena superen la situación desventajosa y marginada en la que se encuentran. De no ser este el caso, sería fundamental identificar los debidos cambios de política que permitan reducir la inequidades en el acceso a la salud, mejorando de esta manera la situación de estos grupos étnicos tradicionalmente marginados.

Es importante entender que la lengua materna tiene limitaciones como indicador de etnicidad. En general, la etnicidad se refiere a 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^{7/}. 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 al español como su lengua materna. Al mismo tiempo, sin

6/ 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 amazonía. Sin embargo, las encuestas de salud o de hogares no suelen permitir analizar su situación de manera rigurosa debido a que son muy pequeños. Tal objetivo requeriría un sobre-muestreo especial de esas comunidades.

7/ Barth (1976) añade la autoidentificación como un identificador básico para un grupo étnico.

embargo, 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^{8/}.

En este documento se busca analizar a mayor profundidad el tema de los antecedentes lingüísticos y la etnicidad como determinante de las desigualdades en salud materno-infantil en el Perú, aprovechando que la Encuesta de Demografía y Salud (ENDES) 2005 incluye adicionalmente información acerca de la lengua materna de los ancestros de la mujer entrevistada (padres y abuelos). Con ese tipo de información, exploramos a mayor profundidad la relación entre los antecedentes lingüísticos de la población, sus antecedentes étnicos, y 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 con sólo ancestros de habla español; puede ayudarnos a identificar el antecedente étnico de las personas en estudio y comprender el proceso de asimilación que encaran los migrantes indígenas.

Este tipo de análisis puede contribuir a entender mejor la dinámica de asimilación de los grupos de origen indígena. Estudios comparativos 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 de grupos indígenas, sea por auto-adscripción o por su lengua materna, incluyen a individuos 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.

8/ Ver Ossio (1995), Altamirano y Hirabayashi (1997).



Centro de Investigación y Desarrollo



II. ETNICIDAD, ANTECEDENTES LINGÜÍSTICOS Y SALUD MATERNO-INFANTIL (SMI)

Las definiciones de raza y etnicidad se construyen sobre una estructura compleja que incluye la 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)^{9/}. 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 cómo se transmiten o ajustan estos elementos entre generaciones y 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 el Perú y en América Latina se cuentan 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^{10/}. Sin embargo, a nivel cuantitativo, no existen estudios que abordan 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 común en las encuestas

9/ La situación es reconocida como distinta entre la población indígena de la Amazonía, en tanto sí cuentan con organizaciones que reivindican lo étnico de modo más explícito (Ossio, 1992; Monge, 1998).

10/ Ver, por ejemplo, Altamirano (1997), Oliart (1984), entre otros.

nacionales de hogares y de salud están asociados a la lengua, sea la lengua materna o la de mayor uso dentro del hogar^{11/}. 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 como 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; entre otros). 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, sin embargo, existen ya muchos ciudadanos cuya lengua materna es genuinamente el español o castellano, pero que sin embargo 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, resultaría muy interesante 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 se busca realizar en este estudio aprovechando que la ENDES 2005 incluye esta nueva información^{12/}. La relación entre los antecedentes lingüísticos de los padres y abuelos y el comportamiento y rendimiento 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^{13/}.

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 de las inequidades en la misma. 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 la que los temas étnico- raciales afectan la salud.

11/ 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.

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

13/ 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 ella, establece una diferenciación entre los factores socio-económicos y aquellos que se encuentran bajo el control del sector salud.

El primer grupo incluye variables como el ingreso, educación, área de residencia, entre otras; y están relacionadas con la etnicidad en la medida que los grupos indígenas tienden a ser los más pobres, los menos educados, y la mayoría de ellos reside 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 curanderos antes que con los doctores profesionales.

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 la internacional^{14/}. 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 si 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^{15/}. 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 tienen una percepción que el uso de estos métodos tienen 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

14/ Respecto a la literatura internacional, ver Massé (1995), Good (1994), Corin (1990), Kleinman (1980), entre otros.

15/ 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.

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, 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, económico como 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 culturales y valores 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 información acerca de la lengua materna de los ancestros de las mujeres encuestadas provee información muy relacionada a los patrones familiares de migración, y al proceso de asimilación

16/ Vease Todd, K., et. al. (2002)

17/ 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.

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^{16/}. De la misma manera, Schulman et al (2002) proporciona evidencia que sostiene que las mujeres afro-americanas tienen menos probabilidad de ser enviadas para una cirugía al corazón; en comparación con los pacientes hombres blancos^{17/}.

III. DATOS Y METODOLOGÍA DE ANÁLISIS

Como ya se mencionó, este estudio busca establecer la importancia de los antecedentes lingüísticos y étnicos-raciales como determinantes socio-económicos de las desigualdades en el estado de salud y en el uso de servicios de salud. En particular, se pretende explorar más profundamente acerca de la relación causal entre la etnicidad y los diferentes indicadores de 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 la ENDES 2005. Esta nueva información corresponde a la lengua materna de los padres y abuelos de las mujeres entrevistadas en la ENDES 2005. 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^{18/}
- 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^{19/}.

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 dable 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 residen en áreas rurales.

^{18/} 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 una ronda anual de la ENDES.

^{19/} Nuevamente, el tamaño reducido de la muestra anual de la ENDES 2005 impide 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 la del 2007.

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), mostrando que hay mucha más gente con antecedentes indígenas, especialmente en las zonas urbanas. La Tabla 1 muestra la distribución de la población bajo diferentes definiciones de hogar indígena. Cuando definimos a los hogares como indígenas por la lengua tanto del jefe como del cónyuge, encontramos que el 17% de los hogares peruanos se encuentra bajo esta categoría. Sin embargo, cuando consideramos de manera inclusiva la lengua del jefe o del cónyuge para la construcción de la categoría indígena, ese porcentaje se ve incrementado al 32.4%;

llegando a un nivel de 47.8% al incluir la lengua de los ancestros. Otra importante característica es que con la primera definición, 63% de los hogares indígenas se concentran en mayor medida en áreas rurales; mientras que al incluir el antecedente étnico considerando la lengua de los ancestros, la concentración rural disminuye a un 42.7%.

En ese sentido, la información de la Tabla 1 muestra claramente como la información de la lengua materna de los padres y abuelos está bastante relacionada con el proceso migratorio rural-urbano que se ha venido dando en el Perú durante las últimas décadas.

Tabla 1: Hogares indígenas, bajo definiciones alternativas

	Total	Urbano	Rural	Sierra Rural	Sierra Rural Sur
Tasa de etnicidad					
Lengua del jefe del hogar y del cónyuge	17,0	9,6	31,1	40,1	63,9
Lengua del jefe del hogar o del cónyuge	32,4	23,4	49,5	62,9	95,2
Lengua del jefe del hogar, cónyuge o sus ancestros	47,8	42,1	58,6	69,5	97,7
Distribución de la etnicidad					
Lengua del jefe del hogar y del cónyuge		37	63	53,9	30,7
Lengua del jefe del hogar o del cónyuge		46,9	53,1	44,9	24,1
Lengua del jefe del hogar, cónyuge o sus ancestros		57,3	42,7	33,7	16,8

Fuente: ENAHO, 2001

Este estudio mide 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, compara los resultados de las brechas étnicas cuando consideramos el

antecedente étnico del individuo; aproximado por la lengua materna de los ancestros del individuo. Finalmente, busca establecer la medida en que las diferencias por grupos étnicos puede explicarse por factores observables tales como educación, acceso a servicios básicos, ingreso familiar, entre otros.

Este análisis se ha de realizar para un conjunto de indicadores de salud tales como^{20/}:

Para los niños:

1. Desnutrición crónica, establecida a partir del puntaje estandarizado de talla para la edad.
2. Incidencia de diarrea y acceso a los tratamientos correspondientes.
3. Acceso a controles de crecimiento y desarrollo

Para la madre:

4. Uso de métodos anticonceptivos modernos
5. Embarazo adolescente
6. Controles prenatales, considerados como número total de controles, y para establecer si tuvo al menos más de cuatro controles durante el embarazo,
7. Atención adecuada durante el parto, establecida a partir de la presencia de un profesional durante el parto y a partir del lugar donde ocurre,
8. Incidencia de sobrepeso/obesidad de las mujeres, así como de la exposición al riesgo obstétrico asociado a la talla de la madre.
9. Financiamiento del cuidado de la salud, establecido a partir del acceso a sistemas de seguros de salud, en particular de la afiliación de las madres y de los niños al Sistema Integrado de Salud (SIS).

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. 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. Una manera de realizar lo anterior, es estimar el efecto de las variables asociadas a los antecedentes lingüísticos sobre el indicador de salud bajo estudio en una secuencia de regresiones que vaya incluyendo secuencialmente los controles respectivos para las características socio-económicas a nivel individual, del hogar y de la comunidad.

$$y_i = \beta X_i + \gamma_1 L1_i + \gamma_2 L2_i + \varepsilon_i \quad (1)$$

donde y denota el indicador de salud de la mujer i . $L1$ es la otra variable categórica que toma el valor 1 si la mujer reporta al quechua o aymara como la lengua que usa más frecuentemente en el hogar. $L2$ es la variable categórica que toma el valor 1 si la mujer se identifica como de habla castellana reciente, de acuerdo a la definición establecida líneas arriba.

^{20/} En este estudio no se ha podido incorporar dos de los principales indicadores de salud materno-infantil, mortalidad infantil y mortalidad materna, debido a que el tamaño de la muestra de la ronda 2005 de la ENDES es demasiado pequeño como para permitir un análisis de su desagregación por grupos étnicos o lingüísticos. Sin embargo, en la medida 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.

La idea es, entonces, ir cambiando la definición del vector X para que vaya incluyendo secuencialmente las características del individuo, del hogar y de la comunidad, y observar como la inclusión de estas variables modifica la magnitud y significancia de los estimadores de las diferencias asociadas a los antecedentes lingüísticos, γ_1 y γ_2 ^{21/}.

Si los coeficientes se mantienen significativos, podemos decir que los antecedentes lingüísticos juegan un papel en la explicación de las desigualdades en salud más allá de las diferencias en edad, educación, nivel socio-económico del hogar, y de las características de las localidades en que residen las mujeres, un factor que puede ser atribuido a la llamada brecha cultural. De lo contrario, si los antecedentes lingüísticos dejan de ser significativos, podríamos decir que los antecedentes lingüísticos afectan el nivel de salud

de la población fundamentalmente a partir de la forma como condicionan el acceso de las mujeres a la educación, a los recursos monetarios y a la disponibilidad de servicios de salud en las localidades respectivas. Este resultado diferiría de lo que se suele encontrar cuando analizamos a la etnicidad o los antecedentes lingüísticos como determinantes de la pobreza o de los indicadores de educación, pero serían consistentes con planteamientos recientes de la literatura acerca de la importancia de los determinantes sociales en la explicación de las desigualdades en salud, y acerca de la necesidad de trabajar en el diseño de políticas multisectoriales para poder reducir eficazmente estas desigualdades.

21/En realidad, dado que casi todos los indicadores de salud utilizados son de carácter dicotómico, no se reporta el coeficiente sino el efecto marginal, es decir, el cambio en la probabilidad que resulta al pasar la variable L_i de 0 a 1 [$\Pr(Y=1/X, L=1) - \Pr(Y=1/X, L=0)$].

IV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En esta sección se presenta primero un análisis de la relación entre los antecedentes lingüísticos de la población y su auto-adscrición a grupos étnicos a partir de la información disponible en la ENAHO para los jefes de los hogares incluidos en dicha muestra. En segundo lugar, se analiza la distribución de la población de acuerdo a sus antecedentes lingüísticos y las características básicas de cada uno de estos grupos. La subsección 4.2 analiza la magnitud y significancia estadística de las brechas en los diferentes indicadores de salud asociadas a los antecedentes lingüísticos de las mujeres de la ENDES 2005. Finalmente, la tercera subsección analiza la relación entre las brechas estimadas para los diferentes indicadores de salud materno-infantil y los otros determinantes sociales asociados a sus características individuales, de los hogares y de las localidades en que residen las mujeres encuestadas.

4.1 Lengua materna y antecedentes étnicos de las mujeres peruanas

El primer análisis se refiere al tamaño y características de los grupos lingüísticos definidos anteriormente. Lo primero que señalamos es que sólo el 9.1% de las mujeres entrevistadas para la ENDES 2005 expresa que su lengua es el quechua, aymara, o alguna otra lengua nativa (ver Tabla 4)^{22/}. A este respecto, hay que tener en cuenta que la pregunta de la ENDES no es precisamente cuál es la lengua materna de la mujer entrevistada sino cuál es el idioma o dialecto que utiliza habitualmente en su hogar. En ese sentido, uno puede esperar que haya una subestimación respecto a la pregunta de lengua materna, especialmente en el entorno urbano. Ello puede corroborarse de alguna manera con la información de los jefes del hogar en la ENAHO 2001 que, como hemos dicho

Tabla 2: Antecedentes lingüísticos del jefe de hogar según definiciones alternativas

	Lengua materna (%)	Idioma que usa en el hogar (%)
Castellano antiguo	56,1	56,4
Castellano reciente	14,0	29,2
Quechua/aymara	29,9	14,4

Fuente: ENAHO, 2001.

^{22/} En realidad, esta categoría recoge no solo a las opciones de quechua y aymara sino también la de otras lenguas nativas. Sin embargo, los que reportan quechua/aymara llegan a ser 8.9%, es decir, prácticamente todos los casos reportados en esa categoría.

ya, incluye ambas preguntas. La Tabla 2 muestra que prácticamente el 30% de los jefes de los hogares de la ENAHO reportan al quechua o aymara como su lengua materna mientras que sólo el 14% las identifica como la lengua que más utilizan al nivel del hogar. Así, uno puede imaginar que se tengan mujeres adultas cuya lengua materna sea el quechua/aymara, pero que en el hogar se hable fundamentalmente el castellano, sea por condicionamientos de la pareja o de los hijos, especialmente en espacios urbanos.

Esta relación entre la lengua materna y la de mayor uso en el hogar tiene también implicancias sobre la forma como podemos interpretar al grupo aquí denominado de castellano reciente. En este grupo, entonces, se incluye dos sub-grupos: uno que tiene como lengua materna el castellano, pero cuyos padres sí tienen al quechua o aymara como lengua materna; el segundo grupo es uno que usaría

fundamentalmente al castellano al interior del hogar, pero que sí reconocería al quechua o aymara como su lengua materna. Estos dos grupos podrían diferenciarse en cuanto a la antigüedad de su migración de una manera relevante para los fines de este estudio, pero desafortunadamente no puede distinguirse con la base de datos de la ENDES 2005^{23/}.

La experiencia de la ENAHO 2001 también nos puede permitir analizar la relación entre los antecedentes lingüísticos, de la manera que hemos definido para este estudio, y el auto-reporte de identificación étnica de los jefes de hogar entrevistados. La Tabla 3 muestra, en primer lugar, que el 58% de los jefes de hogar se reportan como mestizos, mientras que el 34% se reporta como quechua o aymara. La amplitud de la categoría mestizo es una situación común en nuestras encuestas, pero su vaguedad complica la posibilidad de analizar sus implicancias. En ese sentido, es importante notar que sólo el 1%

Tabla 3: Antecedentes lingüísticos y adscripción étnica de los jefes de hogar

	(1)	(2)	(3)	Total	(1)	(2)	(3)
Total	56,4	29,2	14,4				
Indígena de la amazonía	58,9	27,8	13,3	3,0	3,1	2,8	2,7
Quechua	6,0	56,3	37,7	30,1	3,2	57,9	79,0
Aymara	4,4	47,7	47,9	4,0	0,3	6,5	13,2
Negro/mulato/Zambo	92,1	6,1	1,9	1,1	1,7	0,2	0,1
Mestizo	83,0	15,9	1,1	58,1	85,5	31,6	4,5
Caucásico o Blanco	92,0	7,4	0,6	2,9	4,8	0,7	0,1
Otros	86,2	9,4	4,5	0,9	1,4	0,3	0,3

(1) castellano antiguo; (2) castellano reciente; (3) quechua/aymara

Fuente: ENAHO, 2001

23/ La ronda 2007 de la ENDES sí pregunta acerca de la lengua materna y la lengua que usan en el hogar las mujeres entrevistadas, además de otras características de antecedentes y relaciones familiares y territoriales. Las preguntas de esta ronda 2007 permitirán un análisis más profundo de la relación entre los antecedentes étnicos y lingüísticos.

de este grupo reporta al quechua o aymara como lengua. Lo más interesante para los fines de este estudio es que el antecedente lingüístico nos puede permitir separar a un 16% de este grupo que reporta al quechua o aymara como lengua materna de sus padres o abuelos.

Un segundo aspecto importante de resaltar de la Tabla 3 es que el grupo que se auto-identifica como quechua o aymara se concentra casi exclusivamente en los grupos de lengua quechua o aymara, sea de manera directa (38% para los quechuas y 48% para los aymaras), o a través de sus padres o abuelos (56% y 48%, respectivamente). Nuevamente, los antecedentes lingüísticos están fuertemente relacionados con la identidad étnica de la población, pero su análisis separado nos puede permitir analizar mejor las implicancias de la transmisión intergeneracional de valores, prácticas y creencias sobre el uso de los servicios de salud en el marco del fuerte proceso de migración rural-urbana que ha experimentado el país en las últimas cinco décadas.

Tomando esto en cuenta, analicemos la distribución de los antecedentes lingüísticos del resto de las mujeres en la ENDES 2005. De acuerdo a la Tabla 4, aunque el 90.9% de las mujeres reporta al castellano como la lengua que utilizan en el hogar, el 24.9% identifica al quechua o aymara como la lengua materna de sus padres o abuelos^{24/}. A este grupo es al que

estamos denominando de habla castellana reciente, en contraposición al grupo de 66.3% de las mujeres que reporta al castellano como la lengua materna de sus ancestros de las dos últimas generaciones.

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 (ver Tabla 4). En primer lugar, nótese que el 95% de los que reportan hablar quechua/aymara se ubican en zonas rurales de la Sierra, y tienen menor nivel educativo y de tenencia de activos^{25/}. Así, el 75% de esas mujeres tiene como máximo educación primaria y el 93% se ubica en los dos quintiles más pobres de acuerdo a su tenencia de activos, cuando esos porcentajes son de 29% y 21%, respectivamente, para el promedio nacional.

A su vez, resulta interesante resaltar que el grupo de habla castellana reciente es tan urbano como el de habla castellana antigua (75%), aunque se concentra más en la sierra y menos en la región costa diferente de Lima. De otro lado, el nivel educativo de estos dos grupos también aparece muy similar. Sin embargo, si se observan diferencias significativas en lo que respecta al nivel de riqueza. El grupo de castellano reciente tiene un menor peso en el quintil más rico (23%) en comparación al grupo de habla castellana antigua (34%).

24/ 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.

25/ Los quintiles de riqueza no fueron hechos para las mujeres en la muestra de la Tabla 4, sino para toda la población en los hogares encuestados. Es por ello que no tenemos a las mujeres distribuidas uniformemente en los cinco quintiles.

Tabla 4: Características básicas según antecedentes lingüísticos (%)

Característica	Castellano		Quechua/ Aymara	Total Mujeres
	Antiguo	Reciente		
Nº observaciones	3.718	1.378	512	5.608
	66,30%	24,60%	9,10%	
Área de residencia				
Urbana	74,3	74,6	5,2	68,0
Rural	25,7	25,4	94,8	32,0
Región natural				
Lima Metropolitana	29,6	29,1	1,0	26,8
Resto Costa	35,0	11,7	0,3	26,1
Sierra	20,5	49,4	95,3	34,4
Selva	14,9	9,9	3,4	12,6
Nivel de educación				
Sin educación	1,6	2,6	14,9	3,0
Primaria	21,8	25,8	60,8	26,3
Secundaria	43,5	43,4	22,9	41,6
Superior	33,1	28,2	1,4	29,0
Quintiles de riqueza				
Quintil inferior	10,9	7,0	43,8	13,0
Segundo quintil	14,4	16,2	49,2	18,0
Quintil intermedio	18,3	27,2	5,2	19,3
Cuarto quintil	22,3	26,2	0,9	21,3
Quintil superior	34,0	23,3	0,9	28,4

Fuente: ENDES, 2005

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 y 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.

4.2 Magnitud de las brechas por antecedentes lingüísticos en SMI

Veamos ahora las diferencias por origen étnico en los indicadores de salud seleccionados de acuerdo a la ENDES 2005. Como señalan los estudios asociados al proyecto de REPROSALUD, es importante no ver a las brechas en salud por origen étnico o lingüístico como un problema exclusivo de los grupos asociados a la lengua quechua o aymara, sino también como el resultado de las diferencias

culturales entre el personal de los establecimientos de salud y estos grupos poblacionales. En ese sentido, es importante analizar en qué medida el grupo de castellano reciente reduce no sólo la distancia geográfica sino también la distancia social que los separa del personal médico de los establecimientos de salud.

Sin embargo, resulta sensato empezar por una revisión de las tendencias en los promedios de estos indicadores entre el periodo 2000-04-05. La Tabla 5 muestra esta evolución. Como se ve en dicha tabla, la mayoría de indicadores muestra una evolución positiva entre el 2000 y el 2004. Por ejemplo, mientras que hacia el 2000, el 58% de las mujeres reportaban su último parto

Tabla 5: Evolución de indicadores de salud (2000-04-05)

Variables	2000		2004		2005	
	Nº obs.	Promedio (%)	Nº obs.	Promedio (%)	Nº obs.	Promedio (%)
Atención durante el parto						
Parto institucional	9525	58,0	1773	70,4	1668	70,5
Atendida por profesional de la salud	12184	59,5	2184	73,4	2069	70,5
Controles prenatales						
Al menos un control	9528	84,5	1773	95,3	1668	93,0
Al menos cuatro controles	9495	68,8	1771	87,2	1664	86,2
Afiliación al SIS						
Madre afiliada ^a	5454	3,6	1773	44,7	1668	55,6
Hijo afiliado ^a	5456	14,1	1773	54,6	1668	48,2
Fecundidad y planificación familiar						
Nº de hijos	27843	2,1	6107	1,9	5608	2,0
Embarazo adolescente	27843	28,8	6107	26,9	5608	27,7
Métodos modernos – Uso actual	26657	33,4	5886	30,7	5413	32,2
Métodos tradicionales – Uso actual	26657	13,6	5886	18,5	5413	18,4
Antropometría de la madre						
Sobrepeso u obesidad (IMC>=25)	26732	47,5	n.d	n.d	5296	44,4
Obesidad (IMC>=30)	26732	13,1	n.d	n.d	5296	12,5
Exposición en talla de la madre (< 147 cms)	26753	22,8	n.d	n.d	5298	20,5
Diarrea y tratamiento						
Niño con diarrea	11743	15,4	2127	15,1	2012	15,9
Recibió terapia de rehidratación	1810	68,0	321	70,6	319	75,4
Control de crecimiento y desarrollo						
Niños < 2 años	4475	71,3	861	82,2	859	80,3
Niños >= 2 años	7269	37,5	1266	46,1	1153	45,3
Antropometría niños						
Z-score talla para la edad	10477	-1,2	n.d	n.d	1804	-1,2
Niño con desnutrición crónica	10477	25,8	n.d	n.d	1804	24,1

Obs.: Número de observaciones o casos

Fuente: ENDES 2000, 2004, 2005

a/ Para el año 2000, se refiere a la afiliación al SMI

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.

Asimismo, los aumentos son sustancialmente más fuertes en el caso de la afiliación al SIS, lo cual no es sorprendente, tomando en cuenta que la cifra reportada para el 2000 se refiere al Seguro Materno Infantil (SMI), el mismo que sólo empezó a operar parcialmente

hacia 1998. El SIS por su parte empezó a operar en el 2002 y de una manera menos gradual. Por su parte, las mejoras en el uso de métodos de planificación familiar han sido sustancialmente menores, e inexistentes en el caso del sobrepeso u obesidad de las mujeres o en la incidencia y tratamiento de la diarrea en los niños.

En cuanto a las diferencias por antecedentes lingüísticos, la Tabla 6 muestra los porcentajes o promedios para cada indicador de acuerdo al

Tabla 6: Antecedentes lingüísticos y salud materno-infantil

	Global	Castellano		Quechua/ aymara
		Antiguo	Reciente	
Atención durante el parto				
Parto institucional	70,5	75,4	74,2	41,8
Atendida por profesional de la salud	70,5	75,1	75,5	45,2
Controles prenatales				
Al menos un control	93,0	92,4	93,9	94,0
Al menos cuatro controles	86,2	85,9	87,6	84,9
Afiliación al SIS				
Madre afiliada	55,6	49,8	54,8	83,0
Hijo afiliado	48,2	42,8	45,7	76,9
Fecundidad y planificación familiar				
Nº de hijos	2,0	1,7	2,0	3,5
Embarazo adolescente	27,7	25,3	29,6	39,9
Métodos modernos – Uso actual	32,2	34,9	29,6	19,6
Métodos tradicionales – Uso actual	18,4	15,2	22,6	30,3
Antropometría de la madre				
Sobrepeso u obesidad (IMC>=25)	44,4	44,9	47,2	32,8
Obesidad (IMC>=30)	12,5	13,0	14,0	4,7
Exposición en talla de la madre (<147 cm.)	20,5	17,6	24,2	30,8
Diarrea y tratamiento				
Niño con diarrea	15,9	16,2	18,2	11,2
Recibió terapia de rehidratación	75,4	75,3	76,6	73,1
Control de crecimiento y desarrollo				
Niños < 2 años	80,3	80,4	76,1	85,8
Niños >= 2 años	45,3	40,6	49,1	57,2
Antropometría niños				
Z-score talla para la edad	-1,2	-1,0	-1,1	-2,0
Niño con desnutrición crónica	24,1	18,6	20,1	51,3

Fuente: ENDES 2005

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 tuvieron acceso a un parto institucional, mientras que ese porcentaje llega hasta 75% en el caso de las mujeres de habla castellana antigua^{26/}. De otro lado, se observa 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 madres de habla castellana antigua padecen de esta deficiencia. Asimismo, las diferencias entre el grupo de habla castellana antigua y reciente no son estadísticamente significativas.

Todas estas diferencias en contra de los grupos de origen étnico quechua o aymara confirman las tendencias encontradas en estudios previos^{27/}. En tal sentido, un aspecto resaltante 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 84.9% y 87.6% entre los tres grupos identificados en este estudio, no siendo significativa ninguna de las diferencias.

Las variables que si 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 (20%)^{28/}.

El grupo de habla castellana reciente reporta un nivel intermedio de uso de métodos modernos de planificación familiar (30%), el mismo que es estadísticamente distinto de los otros dos grupos (ver Tabla 11). 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 (40%). 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. Pero antes de esbozar algunas hipótesis explicativas es importante ver si estas diferencias se sostienen cuando controlamos por grupos de edad o generacional.

26/ La Tabla 11 muestra que esta diferencia es estadísticamente significativa; no así la correspondiente a partos institucionales entre el grupo de habla castellana antigua con el reciente.

27/ Ver, por ejemplo, Hall y Patrinos (2005), Benavides y Valdivia (2004), entre otros.

28/ 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.

La Tabla 7 muestra las tasas de incidencia de estas dos variables por grupo de edad²⁹. La misma muestra que las diferencias entre los grupos de habla castellano antiguo y los de lengua quechua o aymara se sostienen para todos los grupos de edad. El tema es respecto al grupo denominado con antecedentes de castellano reciente. Para el caso del embarazo adolescente, las mujeres más jóvenes de este grupo reportan una incidencia de embarazo adolescente semejante a las del grupo de castellano antiguo, pero las de más de 40 años de este grupo reportan tasas de embarazo adolescente semejantes a aquellas del grupo de lengua quechua o aymara. En otras palabras, el patrón identificado con los promedios de la Tabla 6 se explica fundamentalmente por el comportamiento de las mujeres mayores de 40 años, las mismas que enfrentaron el embarazo adolescente hacia la década de los ochenta. Cuando miramos a las mujeres más jóvenes, vemos que nuevamente, el grupo de lengua castellana reciente reporta comportamientos semejantes al grupo de castellano antiguo.

La situación es sin embargo algo distinta en el caso del reporte de uso de métodos anticonceptivos modernos, caso en el cual las diferencias entre los grupos de lengua castellana reciente y antigua se mantienen no sólo para las mayores de cuarenta, sino también para las que están entre los 25 y 39 años.

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 también sienten que les genera. Esta desconfianza tiene que ver con que en muchos casos sólo recurren a estos servicios cuando la situación se complica, lo que también tiene que ver con la distancia geográfica que separa a los establecimientos de

Tabla 7: Antecedentes lingüísticos y patrones de fecundidad por grupo de edad

Variables	Castellano						Quechua/aymara	
	Antiguo			Reciente			Nº obs	Promedio (%)
	Global	Nº obs	Promedio (%)	Nº obs	Promedio (%)			
Embarazo adolescente	27,7	3.718	25,3	1.378	29,6	512	39,9	
Entre 15 y 24 años	17,9	1.351	16,8	486	17,0	150	30,0	
Entre 25 y 39 años	32,4	1.576	30,9	597	32,1	220	44,3	
De 40 a más	34,4	791	28,8	296	45,1	142	43,5	
MAM ^{1/} - Uso actual	32,2	3.600	34,9	1.334	29,6	480	19,6	
Entre 15 y 24 años	15,4	1.302	15,9	472	15,1	135	11,7	
Entre 25 y 39 años	44,5	1.508	48,3	568	39,7	205	30,3	
De 40 a más	35,5	789	40,5	293	33,5	139	11,6	

^{1/} Métodos anticonceptivos modernos
Fuente: ENDES 2005.

^{29/} La Tabla 12 muestra los estadísticos t asociados a las pruebas de diferencia en medias para cada pareja de grupos.

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, al hecho que las mujeres de habla quechua o aymara enfrentan una gran desventaja respecto a los de habla castellana en lo que respecta a su propio estado de salud como a su acceso efectivo a los servicios básicos de salud^{30/}.

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 de castellano reciente. Lo que encontramos es que para la mayoría de los indicadores, las mujeres de este grupo presentan tasas semejantes a las del llamado grupo de lengua castellana antigua, y por ende muy distintas a las 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 moderna. Como sabemos, 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^{31/}.

Como sabemos en las ciudades no sólo se da que los establecimientos de salud están más

cerca, sino también que sus residentes están mucho más expuestos a información acerca de una concepción de la salud y del cuidado de la misma 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 menos importantes en espacios urbanos, especialmente si las mujeres han ido paulatinamente asimilando no sólo la lengua castellana, sino también algunos otros patrones de vestimenta, entre otros. En la siguiente sub-sección tratamos de analizar si estas diferencias se mantienen cuando utilizamos un modelo multivariado con el que controlamos por las características individuales de las mujeres entrevistadas (edad, educación), de sus hogares (nivel socio-económico) y de los lugares en que residen (entre otros, la disponibilidad de establecimientos de salud en el distrito).

Otro resultado particularmente importante es que las mujeres de los grupos de lengua castellana reciente y antigua si 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 asimilables con la migración hacia las ciudades o con la educación, que los asociados a la atención profesional pre-natal o durante el parto.

30/ Otra vez, ver Hall y Patrinos (2005), o Benavides y Valdivia (2004), entre otros.

31/ De acuerdo a la Tabla 4, 75% de las primeras reside en zonas urbanas vs. sólo 2% de las segundas

Uno 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 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. Sin embargo, algo que si veremos a continuación es si las diferencias observadas se sostienen cuando controlamos por otras características socio-económicas de las mujeres.

4.3 La brecha por antecedentes lingüísticos y los determinantes sociales de la SMI

En esta sección buscamos establecer en qué medida las diferencias identificadas entre los grupos lingüísticos en la sub-sección anterior se sostienen o desaparecen cuando controlamos por otras características de las mujeres, sus hogares y/o las localidades en que residen. 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 socio-económico (NSE) de los hogares, se incluye un índice correspondiente al primer componente principal que toma en cuenta la información sobre las características de la vivienda y la tenencia de activos^{32/}. 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^{33/}. Ese ejercicio lo realizamos para ocho de los indicadores analizados en la Tabla 6, lo que da un total de 36 regresiones y 108 coeficientes.

La Tabla 8: Antecedentes lingüísticos y los determinantes sociales de la SMI - Análisis multivariado presenta los resultados del ejercicio descrito. En la medida que todos los indicadores de salud considerados son dicotómicos, lo que se reporta es el valor de los efectos marginales estimados para las tres variables ficticias

32/ Ver Filmer and Pritchett (2001) para una descripción del método utilizado. Valdivia (2002.b) utiliza la Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV) para analizar las propiedades de este indicador en relación al gasto per cápita observado. Dicho análisis muestra que hay una alta correlación entre estos dos indicadores, aunque es claro que ambos contienen información independiente. Ese mismo estudio utiliza la misma metodología para establecer el NSE de los hogares de la ENDES 1996, y compara las implicancias de su uso para estimar la magnitud de las desigualdades en salud materno-infantil asociadas al NSE en relación a las que resultan de usar un indicador directamente relacionado al gasto per cápita. Dicha comparación muestra que, para prácticamente para todos los casos, las desigualdades por NSE estimadas no son significativamente distintas.

33/ 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).

Tabla 8: Antecedentes lingüísticos y los determinantes sociales de la SMI – Análisis multivariado

	Antecedentes lingüísticos de la mujeres (quechua/aymara)		
	Ella	Sus padres	Sus abuelos
Parto institucional			
Modelo simple	-0.304 ***	-0.003	0.063 *
+ características de la madre	-0.124 ***	0.030	0.058
+ índice de activos del hogar	-0.003	0.020	0.053
+ contexto regional	0.030	0.038	0.083 **
Con cuatro controles prenatales o más			
Modelo simple	-0.018	0.030	0.011
+ características de la madre	0.041 **	0.042 **	0.014
+ índice de activos del hogar	0.063 ***	0.039 **	0.015
+ contexto regional	0.058 ***	0.030	0.009
Madre afiliada al SIS			
Modelo simple	0.261 ***	0.057 **	0.070 *
+ características de la madre	0.208 ***	0.049 *	0.062
+ índice de activos del hogar	0.161 ***	0.046	0.052
+ contexto regional	0.171 ***	0.036	0.055
Embarazo adolescente			
Modelo simple	0.127 ***	0.065 ***	0.016
+ características de la madre	-0.079 ***	-0.009	0.039 *
+ índice de activos del hogar	-0.108 ***	-0.010	0.032
+ contexto regional	-0.052 **	0.009	0.049 **
MAM ¹ – Uso actual			
Modelo simple	-0.138 ***	-0.038 **	-0.063 ***
+ características de la madre	-0.178 ***	-0.072 ***	-0.044 **
+ índice de activos del hogar	-0.171 ***	-0.071 ***	-0.042 *
+ contexto regional	-0.139 ***	-0.059 ***	-0.029
Sobrepeso u obesidad (IMC>=25)			
Modelo simple	-0.108 ***	0.061 ***	-0.042 *
+ características de la madre	-0.144 ***	0.028	-0.007
+ índice de activos del hogar	-0.091 ***	0.033 *	0.006
+ contexto regional	-0.061 **	0.043 **	0.018
Obesidad (IMC>=30)			
Modelo simple	-0.087 ***	0.022 **	-0.028 **
+ características de la madre	-0.074 ***	0.007	-0.011
+ índice de activos del hogar	-0.055 ***	0.008	-0.004
+ contexto regional	-0.041 ***	0.015	0.003
Exposición en talla de la madre (<147 cm.)			
Modelo simple	0.132 ***	0.092 ***	0.042 **
+ características de la madre	0.031 *	0.069 ***	0.054 ***
+ índice de activos del hogar	0.002	0.068 ***	0.048 **
+ contexto regional	-0.000	0.067 ***	0.050 **
Niño con desnutrición crónica			
Modelo base	0.333 ***	0.051 **	0.003
+ características de la madre	0.199 ***	0.028	0.013
+ características del hogar	0.135 ***	0.034	0.019
+ características de la comunidad	0.048 *	-0.015	-0.032

Nota: Nivel de significación estadística (* al 10%; ** al 5%; *** al 1%)

¹ Métodos anticonceptivos modernos

Fuente: ENDES 2005

incluidas bajo diferentes especificaciones que van agregando controles de manera secuencial. En la primera columna se reporta los 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 un 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 6.

Los resultados reportados no muestran un patrón claro. Un primer grupo es el conformado por los indicadores de incidencia de sobrepeso u obesidad y el aseguramiento con el SIS. Para esas variables, las diferencias entre las mujeres de lengua quechua o aymara y las de castellano antiguo se reducen en algo pero se mantienen a favor del primer grupo, aún luego de controlar por las diferencias entre estos dos grupos en las características observables incluidas en el análisis. Un segundo grupo está integrado por

las variables de controles pre-natales en su último embarazo y la incidencia de embarazo adolescente. Para estas variables, 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 (13 puntos porcentuales) que las de lengua castellana antigua. Sin embargo, la incidencia de embarazos adolescentes es 8 puntos porcentuales mayor entre las mujeres de este último grupo cuando controlamos por características de la madre, aunque la diferencia cae a 5 puntos porcentuales cuando se controla adicionalmente por el nivel socio-económico del hogar y otras características regionales.

El tercer grupo lo integran las variables de parto institucional y exposición al riesgo obstétrico a partir de la talla de la mujer. Para estas variables, las brechas en perjuicio de las mujeres de lengua quechua o aymara se reducen sustancialmente al controlar por características de la madre y dejan de ser significativas cuando se controla por el NSE del hogar y el contexto comunal. El cuarto y último grupo está compuesto por las variables de uso de métodos anticonceptivos modernos (MAM) y la tasa de desnutrición crónica, y se caracteriza porque 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 14 puntos tanto en el modelo sin controles como el que controla por todo el conjunto de características. En el caso de la desnutrición crónica, la brecha es estimada en 33 puntos porcentuales en el modelo sin controles, pero cae a 5 puntos cuando se incluyen los controles detallados.

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 hay dos indicadores para los cuales las brechas en perjuicio de las mujeres de lengua castellana reciente se mantienen aún cuando se incluyen los controles referidos: la exposición al riesgo obstétrico asociada a la talla de las mujeres y, nuevamente, el uso de métodos anticonceptivos modernos.

En resumen, es importante primero ofrecer una interpretación del hecho que la inclusión de los controles mencionados haga desaparecer

las brechas en varios 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 está explicada fundamentalmente a partir de las desigualdades en la educación de las mujeres, el NSE de sus hogares y la disponibilidad de infraestructura básica y de salud en sus localidades. Hay que anotar que los estudios en los que se analiza el antecedente étnico como determinante del progreso educativo y la pobreza, se encuentra siempre que estas variables se mantienen como significativas aún luego de incluir los controles correspondientes. En ese sentido, este resultado es consistente con los diversos estudios 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 y en la desnutrición crónica 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. Esto no es sorprendente en el caso de la desnutrición crónica para la cual hay ya muchos estudios que han planteado la complejidad multisectorial de su problemática, pero el caso del uso de MAM si requeriría una mayor discusión aquí. Conectando este resultado con los presentados en la Tabla 6, 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 a 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 con las mujeres rurales, sino también con aquellas que en este estudio hemos denominado de lengua castellana reciente, muchas de las cuales residen en espacios urbanos.

V. CONCLUSIONES PRELIMINARES

En este estudio hemos utilizado la nueva información acerca de la lengua materna de los padres y abuelos de las mujeres entrevistadas para la ENDES 2005 para establecer sus antecedentes lingüísticos. Con esa información hemos podido identificar un nuevo grupo intermedio, llamado de lengua castellana reciente, el mismo 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 utilización de métodos anticonceptivos modernos (MAM). Tal resultado sugeriría que las brechas culturales serían 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 con las siguientes generaciones, a pesar que su contexto ha variado como resultado de la migración familiar hacia las ciudades. En términos de sus implicancias de política, estos resultados fortalecen primero la idea que las políticas de planificación familiar deben abordarse desde una perspectiva integral que también incluya el tema de la equidad de género. Otra implicancia de política es que este tipo de enfoques no son necesarios sólo en los espacios rurales sino también en los espacios urbanos, con las mujeres de origen lingüístico quechua o aymara.

Los resultados aquí mostrados sostienen la importancia de incorporar la información de los antecedentes lingüísticos de las mujeres en el cuestionario de la ENDES. De todas maneras,

es importante recalcar que este estudio debe ser tomado como un resultado preliminar, siendo necesario profundizar en las diferentes hipótesis que aquí se resaltan como particularmente relevantes. De un lado, es 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 ellas o sus padres, así como su percepción de eventos de discriminación. De otro lado, también sería necesario profundizar con estudios cualitativos acerca de la forma como las mujeres de antecedentes lingüísticos quechua o aymara que residen en áreas urbanas van ajustando su concepción de la sexualidad y las relaciones de género, así como sus patrones de fecundidad.

VI. REFERENCIAS

- Almeida-Filho N; I Kawachi; A Pellegrini; JNW Dachs (2003). "Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric and content analysis (1971-2000)". En *American Journal of Public Health* 93: 2037-2043.
- Altamirano, Teófilo; Lane Ryo Hirabayashi (1997). "The construction of regional identities in Urban Latin America". In Teófilo Altamirano y Lane Ryo Hirabayashi (Eds.), *Migrants, regional identities and Latin American cities*, Society for Latin American Anthropology Publications Series Vol. 13.
- Anderson, Jeanine (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 Reposalud, 1ra. edición, Lima, Marzo.
- Banco Mundial - DFID (2003). "Perú: Voces de los Pobres". Lima.
- Barth, Fredrik (Comp.) (1976) "Los grupos étnicos y sus fronteras. La organización social de las diferencias culturales", Introducción, Fondo de Cultura Económica, México.
- Benavides, Martín; Martín Valdivia (2004). "Metas del Milenio y la Brecha Étnica en el Perú". Manuscrito GRADE, Lima, Diciembre. Versión electrónica disponible en: http://www.grade.org.pe/download/docs/informe_ethnicity_and_MDGs_v3.pdf.
- Bernal, Raquel; Mauricio Cárdenas (2005). "Race and Ethnic Inequalities in Health and Health Care in Colombia". FEDESARROLLO Working Paper Series No. 29, Enero.
- Bleakley, Hoyt; Aimee Chin (2006). "What Holds Back the Second Generation? The Intergenerational Transmission of Language Human Capital Among Immigrants". Manuscrito, Julio.
- Borjas, George J. (1992). "Ethnic Capital and Intergenerational Mobility". En *Quarterly Journal of Economics* 107 (1): 123-150, Febrero.
- Brass, Paul R. (1999). "Ethnicity and nationalism: Theory and comparison". Sage Publications Inc., New Delhi.
- Castro, Raúl (2003). "Para que no se te pegue el mote: Etnicidad, estatus y competencia social en jóvenes del 2001". En *Revista Antropológica* No. 21, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Cotler, Julio (1992). "Clases, estado y nación en el Perú", Colección Perú Problema No. 17, Instituto de Estudios Peruanos, Lima.
- Degregori, Carlos Iván (1993). "Identidad étnica, movimiento sociales y participación política en el Perú". En *Democracia, etnicidad y violencia política en los países andinos*, IFEA-IEP, Lima.

- Escobal, J.; J. Saavedra; M. Torero (1998). "Los activos de los pobres en el Perú". GRADE Documento de Trabajo # 26, Lima.
- Espinoza, Giuliana; Alberto Torreblanca (2004). "Cómo rinden los estudiantes peruanos en Comunicación y Matemática: resultados de la Evaluación Nacional 2001. Informe Descriptivo", Documento de Trabajo No. 1, Unidad de Medición de la Calidad Educativa, Ministerio de Educación, Mayo.
- Fairlie, Robert W. (2003). "An Extension of the Blinder-Oaxaca Decomposition Technique to Logit and Probit Models." Yale University, Economic Growth Center Discussion Paper # 873, Noviembre.
- Fernández, Raquel; Alessandra Fogli (2005). "Culture: An Empirical Investigation of Beliefs, Work and Fertility". Federal Research Bank of Minneapolis, Research Department Staff Report # 361, Abril.
- Figueroa, Adolfo; Altamirano, Teófilo; Denis Sulmont (1996). "Exclusión social y desigualdad en el Perú". OIT- Organización Internacional del Trabajo / IIEL- Instituto Internacional de Estudios Laborales, Lima.
- Filmer Deon; Lant H. Pritchett (2001). "Estimating wealth effects without expenditure data - or tears: An application to educational enrollments in States of India. En Demography 38 (1): 115-132, Febrero.
- Gillespie, Duff; Saifuddin Ahmed; Amy Tsui; Scott Radloff (2007). "Unwanted fertility among the poor: an inequity?". En Bulletin of the World Health Organization 85 (2): 100-107, Febrero.
- Good, Byron (1994). *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective.* Cambridge University Press, Cambridge.
- Guarisco, Claudia (2004). "Etnicidad y Ciudadanía en México y Perú (1770-1850)". Colegio Mexiquense, Documento de Investigación 84, Toluca, México.
- Hall, Gillette; Harry A. Patrinos (2005). "Indigenous Peoples, Poverty and Human Development in Latin America: 1994-2004". Banco Mundial, Washington DC.
- Kleinman, Arthur (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture.* University of California Press, Berkeley.
- LaVeist, T., ed., 2002, *Race, Ethnicity and Health, A Public Health Reader,* Jossey-Bass.
- Massé, Raymond (1995). *Culture et Santé Publique.* Gaëtan Morin Éditeur, Montreal.
- Mendieta, Claudia (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, Octubre.
- Montenegro, Raul A.; Carolyn Stephens (2006). "Indigenous health in Latin America and the Caribbean". En *The Lancet* 367 (9525): 1859-1869, Junio.
- Montoya, Rodrigo (1993). "Libertad, democracia y problema étnico en el Perú". En *Democracia, etnicidad y violencia política en los países andinos,* IFEA-IEP, Lima.
- Oliart, Patricia (1984). "Migrantes andinos en un contexto urbano: las cholitas en Lima". En *Debates en Sociología* # 10, PUCP, Lima.
- OPS-Asociación Mundial de Sexología (2003). "Promoción de la salud sexual y prevención del VIH-sida y de las ITS en los pueblos indígenas de las Américas - Abwa-Yala

- Ossio, Juan (1995) "Etnicidad, cultura y grupos sociales". In *El Perú frente al Siglo XXI* Fondo Editorial PUCP, Lima.
- Paqueo, Vicente B.; Christian Y. Gonzalez (2003). "Economic Analysis of Health Care Utilization and Perceived Illness: Ethnicity and Other Factors." World Bank Policy Research Working Paper # 3125, Washington D.C., Agosto.
- PREAL (2004). "Informe de Progreso Educativo: Perú". GRADE / PREAL, Lima.
- Psacharopoulos, George; Harry Anthony Patrinos (1994). "Indigenous people and poverty in Latin America. An empirical analysis". The World Bank, Washington D.C.
- Schulman, K. et al., 2002, "The Effect of Race and Sex on Physicians' Recommendations for Cardiac Catheterization" in La Veist, ed.)
- Todd, K., C.; Deaton, A. D'Adamo; L. Goe, 2002, "Ethnicity and Analgesic Practice" in La Veist, ed.)
- Torero, Máximo; Saavedra, Jaime; Ñopo, Hugo; Javier Escobal (2004). "An Invisible Wall? The Economics of Social Exclusion in Peru". In "Social Inclusion and Economic Development in Latin America", Mayra Buvinic, Jaqueline Mazza and Ruthane Deutsch (editores) IDB / Johns Hopkins University Press.
- Torres, Cristina (2003). "Equity in Health from an Ethnic Perspective." PAHO, Public Policy and Health Program Division of Health and Human Development, Washington, D.C.
- Trivelli, Carolina (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, Octubre.
- Valdivia, Martín (2004). "Poverty, Health Infrastructure and the Nutrition of Peruvian Children." En *Economics and Human Biology* 2 (3): 489-510, Diciembre.
- (2002.a). "Public health infrastructure and equity in the utilization of outpatient health care services in Peru". En *Health Policy and Planning*; 17 (Suppl 1): 12-19, Diciembre.
- (2002.b). "Acerca de la Magnitud de la Inequidad en Salud en el Perú." GRADE Documento de Trabajo # 37, Lima, Abril.
- Valdivia, Martín; Jorge Mesinas (2002). "Evolución de la Equidad en Salud Materno-Infantil en el Perú: 1986-2000" INEI-Macro Inc. International, Diciembre.
- Yon, Carmen (2003). "Salud reproductiva, interculturalidad y ciudadanía". Movimiento Manuela Ramos, Lima. Versión electrónica disponible en: http://www.interculturalidad.org/2_06.htm.
- (2000). "Preferencias reproductivas y anticoncepción: Hablan las mujeres". Movimiento Manuela Ramos, Lima.





Anexos





Tabla 9: Descripción de los indicadores de salud analizados

VARIABLE	DESCRIPCIÓN
ASISTENCIA INSTITUCIONAL EN EL PARTO	
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, obstetritz, 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.
CONTROLES PRENATALES	
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 prenatal. Dato disponible para el último nacido vivo.
AFLIACIÓN AL SIS	
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.
FECUNDIDAD Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR	
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 o folclórico 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 o folclórico de planificación familiar: abstinencia periódica, retiro, otros.

Fuente: ENDES 2005.

Tabla 10: Descripción de los indicadores de salud analizados

Variable	Descripción
ANTROPOMETRÍA DE LA MADRE	
Sobrepeso u obesidad	Porcentaje de mujeres con Índice de Masa Corporal (IMC) de al menos 25
Obesidad	Porcentaje de mujeres con un 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
DIARREA Y TRATAMIENTO	
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, Fruitilix, electrolite o similar, preparación recomendada hecha en casa, aumento de líquidos en general)
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	
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
ANTROPOMETRÍA NIÑOS	
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.

Tabla 11: Antecedentes lingüísticos y salud materno-infantil (prueba de medias)

	Castellano antiguo vs. quechua/aymara		Castellano antiguo vs. reciente		Quechua/aymara vs. castellano reciente	
	diferencia	t-stat	diferencia	t-stat	diferencia	t-stat
Atención durante el parto						
Parto institucional	33,6 ***	10,4	1,2	0,4	-32,4 ***	-8,5
Atendida por profesional de la salud	29,9 ***	10,8	-0,4	-0,2	-30,4 ***	-9,1
Controles prenatales						
Al menos un control	-1,5	-0,8	-1,4	-0,9	0,1	0,0
Al menos cuatro controles	1,0	0,4	-1,7	-0,8	-2,7	-0,9
Afiliación al SIS						
Madre afiliada	-33,2 ***	-9,5	-5,0 **	-1,7	28,2 ***	7,4
Hijo afiliado	-34,1 ***	-8,1	-2,9	-0,8	31,2 ***	6,0
Fecundidad y planificación familiar						
Nº de hijos	-1,8 ***	-17,3	-0,3 ***	-3,8	1,5 ***	11,9
Embarazo adolescente	-14,6 ***	-7,0	-4,2 ***	-3,1	10,4 ***	4,3
Métodos modernos – Uso actual	15,3 ***	6,7	5,3 ***	3,5	-10,0 ***	-4,2
Métodos tradicionales – Uso actual	-15,1 ***	-8,3	-7,3 ***	-6,1	7,7 ***	3,4
Antropometría de la madre						
Sobrepeso u obesidad (IMC>=25)	12,2 ***	5,1	-2,3 *	-1,4	-14,4 ***	-5,6
Obesidad (IMC>=30)	8,3 ***	5,4	-1,0	-0,9	-9,3 ***	-5,6
Exposición en talla de la madre (<147 cm.)	-13,2 ***	-7,0	-6,5 ***	-5,1	6,6 ***	2,9
Diarrea y tratamiento						
Niño con diarrea	5,0 **	2,2	-2,0	-1,0	-6,9 ***	-2,6
Recibió terapia de rehidratación	2,2	0,3	-1,3	-0,2	-3,5	-0,4
Control de crecimiento y desarrollo						
Niños < 2 años	-5,4 *	-1,4	4,4	1,3	9,8 **	2,1
Niños >= 2 años	-16,6 ***	-4,1	-8,5 ***	-2,4	8,1 **	1,7
Antropometría niños						
Z-score talla para la edad	1,0 ***	12,6	0,1	1,0	-0,9 ***	-10,7
Niño con desnutrición crónica	-32,8 ***	-11,9	-1,6	-0,7	31,2 ***	9,1

Nota: Nivel de significación estadística (* al 10%; ** al 5%; *** al 1%)

Fuente: ENDES 2005

Tabla 12: Antecedentes lingüísticos y patrones de fecundidad por grupo de edad (prueba de medias)

	Castellano antiguo vs. quechua/aymara		Castellano antiguo vs. reciente		Quechua/aymara vs. castellano reciente	
	diferencia	t-test	diferencia	t-test	diferencia	t-test
Embarazo adolescente	-14,6 ***	-7,0	-4,2 ***	-3,1	10,4 ***	4,3
Entre 15 y 24 años	-13,2 ***	-4,0	-0,2	-0,1	13,0 ***	3,5
Entre 25 y 39 años	-13,5 ***	-4,0	-1,2	-0,6	12,2 ***	3,3
De 40 a más	-14,7 ***	-3,5	-16,2 ***	-5,1	-1,6	-0,3
MAM - Uso actual	15,3 ***	6,7	5,3 ***	3,5	-10,0 ***	-4,2
Entre 15 y 24 años	4,3 *	1,3	0,8	0,4	-3,4	-1,0
Entre 25 y 39 años	18,0 ***	4,9	8,6 ***	3,5	-9,3 ***	-2,4
De 40 a más	29,0 ***	6,7	7,0 **	2,1	-21,9 ***	-5,0

Nota: Nivel de significación estadística (* al 10%; ** al 5%; *** al 1%)

Fuente: ENDES 2005