

SOBRE LOS DETERMINANTES ÉTNICO-CULTURALES DE LA INEQUIDAD EN SALUD MATERNO-INFANTIL EN EL PERÚ¹

Martín Valdivia

INTRODUCCIÓN

La sociedad peruana ha estado marcada históricamente por altos niveles de pobreza y desigualdad, características que se relacionan estrechamente con la exclusión sistemática a la que se ha visto enfrentada la vasta mayoría de la población con antecedentes indígenas. Los mecanismos que han perpetuado esta situación de exclusión y marginación tanto de la población indígena como de la afroperuana, datan desde los tiempos de la Colonia y posteriormente fueron reforzados durante la República². 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 social³. A pesar de ello, puede decirse que el análisis del papel de la raza y etnicidad, como determinantes de las desigualdades sociales en el país, no ha recibido suficiente atención en la literatura académica. Por un lado, los estudios

1 Este artículo se basa en las investigaciones que el autor desarrolló en el marco del proyecto “Raising Awareness on the Connection between Race/Ethnicity, Discrimination, Poverty and Health Inequalities in Peru”, con el apoyo del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID) a través de su programa de Gobernabilidad, Equidad y Salud (GES). El autor agradece los valiosos comentarios de Françoise Barten y Roberto Bazzani, así como a los participantes de las sesiones correspondientes en las conferencias de IHEA 2009 en Beijing, CCIH 2009 en Ottawa y LACEA 2010 en Medellín, y a los seminarios del INEI-ENDES 2005, del Proyecto USAID “Iniciativas de Políticas de Salud” y de GRADE, en Lima, Perú. Sin embargo, todos los planteamientos, así como los errores u omisiones, son responsabilidad exclusiva del autor.

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

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

cuantitativos acerca de la pobreza y desigualdad en la sociedad peruana enfatizan tradicionalmente en el nivel de capital humano, el acceso a servicios básicos, y la ruralidad como determinantes claves, limitando el análisis de la raza-etnicidad a las diferencias según la lengua materna de los individuos, en particular del quechua o aymara⁴. Por otro lado, los estudios cualitativos acerca del papel de factores étnico-culturales como determinante de las desigualdades en salud han tendido a restringirse a temas de salud reproductiva en contextos rurales, mientras que mucho menos atención se ha dado a la forma como el origen étnico afecta el proceso de asimilación de los migrantes en las ciudades, en particular en lo que concierne a su conexión con el sistema de salud.

Recientemente ha resurgido el tema de los derechos de las poblaciones pertenecientes a las etnias originarias en el Perú. Primero, a partir del informe de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR); y segundo, con los conflictos sociales alrededor del manejo de recursos naturales, minería, petróleo, gas, que, de alguna manera, reivindican derechos históricos de los grupos étnicos originarios. El primer proceso se refiere al fuerte sesgo en contra de la población de origen quechua o aymara entre las víctimas de la violencia terrorista durante los años ochenta y noventa⁵. El segundo proceso incluye también los derechos de las etnias originarias de la Amazonía sobre su territorio histórico, en el marco de un modelo de crecimiento basado fuertemente en la gran inversión privada en la minería y petróleo, el mismo que ha generado varios conflictos con alto costo social en los últimos años. Así, la discusión de las desigualdades étnico-raciales en el Perú no es solo un tema de equidad sino también de gobernabilidad, a nivel de toda la sociedad peruana, pero con una agenda clara también para el sector Salud. En

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

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

este marco, es importante establecer que la reducción de la vulnerabilidad de las poblaciones de origen indígena debe ser una prioridad de la política de protección social en el país a partir del respeto de los derechos interculturales, y considerando la necesidad de un tratamiento diferenciado que privilegie la reducción de las desigualdades en salud de origen étnico.

En este contexto, un grupo de investigadores, que inicialmente conformaron la Alianza para la Equidad en Salud (AES), construyeron una propuesta de investigación-acción que combinó a diversas instituciones y disciplinas para contribuir a mejorar el entendimiento del papel de los factores étnicos en la explicación de las inequidades en salud en el Perú⁶. Uno de los principales objetivos de dicho proyecto fue el de mejorar la calidad de la información acerca de los antecedentes étnicos de la población peruana en las encuestas de salud, en particular la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES), a fin de mejorar la posibilidad de analizar cuantitativamente la relación entre la raza/etnicidad y la salud⁷. A nivel del país y de la región, es reconocido que una de las restricciones para el desarrollo de estudios cuantitativos sobre este tema es la ausencia de información adecuada⁸.

En el Perú, la única información relacionada que se incluye en los cuestionarios de las encuestas y censos es el auto-reporte de la lengua materna de los entrevistados. A través de varias reuniones con los equipos encargados del INEI y de Macro International, se logró, primero, agregar una pregunta acerca de la lengua materna de los ancestros de las mujeres encuestadas en la ronda 2005-2006 de la ENDES. Posteriormente, se logró insertar en la ENDES 2007-2008 un módulo más completo con preguntas acerca del grupo étnico con el que se identificaba a las mujeres entrevistadas, el nivel educativo y el origen

6 Para un mayor detalle del marco conceptual del proyecto y sus resultados, ver Valdivia (2011). AES ha reunido a investigadores del Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE), el Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico (CIUP) y la Facultad de Salud Pública y Administración (FASPA) de la Universidad Cayetano Heredia. La propuesta mencionada fue preparada por Martín Valdivia (GRADE), con la colaboración de Néstor Valdivia (GRADE) y María Elena Planas (FASPA-UPCH).

7 La ENDES es parte de un esfuerzo internacional de colaboración que coordina Macro International, con financiamiento de USAID. A nivel internacional, la encuesta es conocida como la Demographic and Health Surveys (DHS), y es aplicada en más de 80 países a lo largo del mundo.

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

territorial de sus padres, la relación con el lugar de origen de sus padres y la forma de vestir de las mujeres; además de una pregunta acerca de la percepción de eventos de discriminación y de su frecuencia. En este artículo se presentan, de manera resumida, los resultados e implicancias de política de dos estudios que han utilizado esta información para profundizar acerca de la relación causal entre la etnicidad y los diferentes indicadores del estado de salud y acceso, uso y financiamiento de los servicios de salud. El mismo se divide en cuatro secciones, incluida esta introducción, y presenta de manera resumida los resultados de dos de los estudios realizados utilizando la nueva información generada por el proyecto referido para establecer los antecedentes lingüísticos y étnicos de las mujeres encuestadas en la ENDES. La sección dos presenta el marco conceptual que justifica la inclusión de esas preguntas en la ENDES y su conexión con las desigualdades en salud materno-infantil en el Perú. La sección tres presenta la metodología utilizada para establecer las desigualdades étnico-culturales y su conexión con la inequidad en salud en el Perú. La sección cuatro presenta los resultados del análisis de los factores étnico-culturales como determinantes de la inequidad en salud materno-infantil en el Perú. La quinta sección resume y discute las implicancias de política asociadas al estudio específico descrito en la sección anterior, pero enmarcándolas dentro de la agenda actual de reforma del sector Salud y de la política de protección social en general.

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

Una limitación clave para el análisis cuantitativo de la etnicidad como determinante de las inequidades en salud en el Perú es la del acceso a información suficiente acerca de los antecedentes étnicos de la población, tanto rural como urbana. El indicador de etnicidad más utilizado es el de la lengua materna de los individuos, o, alternativamente, la lengua que más se utiliza en el hogar. Usando esta información, Benavides y Valdivia (2004) abordan el tema de las brechas étnicas en el Perú y su relación con los avances alcanzados en relación a las metas del milenio (MDMs), encontrando que, aunque se dieron avances importantes en salud materno-infantil durante la década pasada, e incluso en

muchos casos con un claro sesgo pro-pobre, los mismos no redujeron la brecha étnica en variables como mortalidad infantil, desnutrición crónica, atención profesional durante el parto, la misma que afecta dramáticamente a la población que reporta como lengua materna al quechua o aymara. En lo que sigue de esta sección presentamos el marco conceptual que utilizamos para establecer algunos avances en el entendimiento de la etnicidad como determinante de las inequidades en salud en el Perú, a partir de la nueva información disponible en las rondas 2005-08 de la ENDES.

1.1. Etnicidad y antecedentes lingüísticos

Las definiciones de raza y etnicidad se construyen sobre una estructura compleja que incluye historia, prácticas culturales, idioma, religión y estilo de vida, todo lo cual afecta a 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 identificación como miembro del grupo, no solo 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 reivindicquen 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 como se transmiten o ajustan estos elementos

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

entre generaciones, más con la llegada a las ciudades, es muy compleja y heterogénea no solo 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 cuenta con algunos 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 otros¹⁰. Sin embargo, a nivel cuantitativo, no existen estudios que aborden esta dinámica. Uno de los factores que explica esta carencia es la ausencia de información que nos permita definir de manera adecuada los antecedentes étnicos de las personas entrevistadas en las encuestas de representatividad nacional. Los indicadores de disponibilidad más comunes en las encuestas nacionales de hogares y de salud están asociados a la lengua, sea la lengua materna o la de mayor uso dentro del hogar¹¹. 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 de que estos mismos individuos estén interesados en identificarse a partir de su pertenencia a un determinado grupo étnico.

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

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

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.

lengua materna es genuinamente el español o castellano, pero que podrían mantener ciertas creencias y prácticas que los acercan a los grupos étnicos a los que corresponden sus padres o abuelos, especialmente cuando estos residían en los espacios rurales. Esta característica complica el monitoreo de la brecha étnica en el tiempo, como las que realizan Hall y Patrinos (2005), que compara la evolución de la situación de los grupos indígenas con relación al resto de la población entre 1994 y el 2004. Dichas comparaciones intertemporales, cuando se realizan fuera de una muestra panel, adolecen de un sesgo importante en la medida en que se comparan grupos que van cambiando sus características en el tiempo. Varios de los individuos que en 1994 se identificaron como miembros de grupos indígenas, sea por autoadscripción o por su lengua materna, dejaron de hacerlo en el 2004 al haber migrado hacia las ciudades y enfrentado un proceso de asimilación cultural. Asimismo, entre los individuos que son identificados como no indígenas en el 2004 se tendría a algunos individuos que sí tienen antecedentes familiares de origen indígena, al menos desde el punto de vista de la lengua materna reportada en 1994. Este sesgo hace que las diferencias entre los grupos de diferentes lenguas en el Perú reflejen fundamentalmente la brecha urbano-rural.

En tal sentido, resulta muy útil analizar la relación entre los antecedentes lingüísticos de los padres y abuelos de las mujeres entrevistadas en la ENDES y la forma como ellas se aproximan a los sistemas modernos de salud. Ello es precisamente lo que analiza Valdivia (2007), aprovechando que la ENDES incluye esta nueva información en las rondas que van del 2005 al 2008¹². La relación entre los antecedentes lingüísticos de los padres y abuelos y el comportamiento de los individuos es una línea de investigación que ha venido ganando importancia para entender el proceso de asimilación de las poblaciones migrantes recientes en Estados Unidos, en lo que respecta a importantes variables tales como educación, trabajo y fecundidad¹³.

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 ENAHO 2001 fue la primera encuesta que incluyó otros indicadores relacionados con la identidad étnica, fundamentalmente la lengua materna de los padres, la autoadscripción 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.

1.2. Etnicidad como determinante social de la inequidad en salud en el Perú

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

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

En general, esta barrera cultural que limita la habilidad del sistema moderno de Salud para servir a las necesidades de los grupos indígenas, ha sido tratada de manera extensiva tanto en la literatura local como en la internacional¹⁴. La carencia de afinidad entre las prácticas del personal médico y las creencias o prácticas culturales de la población indígena son un elemento frecuentemente levantado por la literatura local. Yon (2000), por ejemplo, argumenta que las mujeres de

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

origen indígena sí piensan que los métodos ‘modernos’ y los servicios de salud reproductiva son en sí necesarios, pero la percepción de un riesgo desconocido y la pérdida de control sobre su salud las aleja de los servicios modernos de salud reproductiva¹⁵. Anderson (2001) también argumenta que esta desconfianza aumenta y se retroalimenta debido a las distancias sociales y culturales que tiene esta población con los(as) prestadores(as) y los servicios de salud.

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

Bernal y Cárdenas (2005) también resumen algunas de las hipótesis más populares para explicar las variaciones en el estado de salud, asociadas a los antecedentes raciales y étnicos de los individuos. Más allá de los factores comunes a los planteados por Torres (2003), Bernal y Cárdenas (2005) enfatizan aspectos tales como la relación entre raza-etnicidad y los procesos de inmigración, asimilación y aculturación. Una mejor calidad de vida y mayores ventajas en salud pueden acumularse en grupos que han contado con periodos más largos para poder adaptarse positivamente a las sociedades urbanas tanto en el ámbito social, como económico y político. En ese marco, las disparidades en salud también podrían ser explicadas por preferencias culturales para prácticas tradicionales y, parcialmente, por los grandes números de inmigrantes carentes de seguro de salud.

La importancia de factores como la historia de inmigración y diversidad de normas y valores culturales podría explicar en parte las disparidades en salud entre

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 de 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.

los diferentes grupos étnicos. Este aspecto es particularmente importante para los fines de este documento, en la medida en que, como veremos más adelante, la lengua materna de los ancestros de las mujeres encuestadas provee información relacionada a los patrones familiares de migración, y al proceso de asimilación de nuevas prácticas culturales y de salud por aquellos migrantes provenientes de áreas rurales.

Otro aspecto importante es el de la exposición al racismo, en tanto 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, y se manifiesta en diferencias 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, etcetera. 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 afroamericanos, en comparación con los pacientes blancos, reciben en menor proporción medicamentos para el dolor cuando van a la sala de emergencias¹⁶.

1.3. Datos y metodología de análisis

Como ya se mencionó, este estudio presenta de manera resumida los resultados e implicancias de política de dos estudios que han buscado profundizar acerca de la relación causal entre la etnicidad y los diferentes indicadores del estado de salud y acceso, uso y financiamiento de los servicios de salud, aprovechando la disponibilidad de nueva información acerca de los antecedentes étnicos de las mujeres que fueron entrevistadas en las rondas 2005-2008 de la ENDES.

¹⁶ Véase Todd, K. *et al.* (2000).

En una primera etapa, se logró agregar una pregunta acerca de la lengua materna de los ancestros de las mujeres encuestadas en la ronda 2005-2006 de la ENDES¹⁷. Posteriormente, se logró concertar con los representantes de Macro International y de la ENDES para insertar en las rondas 2007-2008 un módulo más completo con preguntas acerca del grupo étnico con el que se identificaban las mujeres entrevistadas, el nivel educativo y el origen territorial de sus padres, la relación con el lugar de origen de sus padres, y la forma de vestir de las mujeres, además de una pregunta acerca de la percepción de eventos de discriminación y de su frecuencia¹⁸. En lo que sigue de esta sección describimos cómo utilizamos esta nueva información para proveer información valiosa acerca del proceso de asimilación cultural asociada a la migración rural-urbana en relación con el uso de servicios de salud.

La primera nueva información fue la lengua materna de los padres y abuelos de las mujeres entrevistadas. La pregunta entonces es cómo clasificar a la población según sus respuestas a esta pregunta en conjunción con la respuesta a la pregunta de su propia lengua materna. Valdivia (2007) utilizó la siguiente clasificación:

- HABLANTE DE QUECHUA/AYMARA. Se refiere a aquellas mujeres que identifican a dichas lenguas como la que más utilizan en el hogar¹⁹.
- HABLANTE ANTIGUO DE CASTELLANO. Se refiere a aquellas mujeres que no solo reportan 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

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

18 El cuestionario de la ronda 2007 con las preguntas referidas puede revisarse en el siguiente link: http://www.aes.org.pe/etnicidad/pdf/cuestionario_individual_endes_2007_conmarcas.pdf.

19 En realidad, en este grupo también se incluye 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 el 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 solo se incluyen las rondas 2005-2006 de la ENDES.

en transición lingüística, es decir, aquellas que reportan el 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 abuelos²⁰.

Así, la nueva información permite identificar a un grupo intermedio o en transición, 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 propias de sus antecedentes lingüísticos en relación con la concepción de la salud y su cuidado. En ese sentido, es posible preguntarnos si este grupo se parece o se comporta más como los hablantes antiguos de castellano o como los que aún hoy hablan fundamentalmente el quechua/aymara, los mismos que en su mayoría residen en áreas rurales.

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

20 Nuevamente, el tamaño reducido de la muestra de las rondas 2005-2006 de la ENDES impide incluir en este estudio un análisis diferenciado de aquellos grupos que reportan el quechua o aymara como lengua materna de sus padres de los que solo las reportan para sus abuelos.

de indicadores de salud materno-infantil de reconocida importancia en la literatura, y disponibles en la ENDES. Sin embargo, no se pudo 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 2005-2006 de la ENDES es demasiado pequeño como para permitir un análisis de su desagregación por grupos étnicos o lingüísticos²¹. La idea entonces fue 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 inicialmente²².

Valdivia (2007) continuó analizando en qué medida las diferencias que se encuentran en el primer análisis se sostienen cuando se controlan por otras características de los hogares, tratando de identificar un factor étnico-cultural distinguible del asociado a la pobreza o las características de su entorno rural. De todas maneras, Valdivia (2007) reconoce que tal análisis adolece de limitaciones para identificar adecuadamente tal factor étnico-cultural. En lugar de incluir ese análisis en este artículo, paso a discutir el estudio de Valdivia (2010) en el que presenta un marco conceptual y una metodología que permiten identificar más adecuadamente la importancia cuantitativa del factor cultural asociado a las diferencias en la incidencia del embarazo adolescente entre las mujeres peruanas. En el Perú, la literatura antropológica ha tratado extensamente este tema (Yon 2000, Anderson 2001). Sin embargo, la literatura económica ha obviado, en gran parte, la importancia de factores culturales como un posible determinante de los comportamientos económicos de la población. Esta omisión no corresponde únicamente a la literatura económica local, sino que incluye a la internacional, y podría explicarse a partir del hecho que los canales de influencia de la cultura, planteados en la literatura antropológica,

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

22 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, etcétera. 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 socioeconómicas.

han tendido a ser son muy diversos y difusos, complicando el diseño de hipótesis contrastables empíricamente (Guiso, Sapienza y Zingales, 2006).

Sin embargo, definiciones más precisas y mejoras en la calidad de la información han permitido una reciente tendencia creciente en la exploración del papel de los factores culturales en la explicación de comportamientos sociales y económicos. El estudio de Valdivia (2010) se enmarca en esta línea de trabajo y busca aprovechar la nueva información disponible en las rondas 2007-2008 de la ENDES, en particular, la referida a la procedencia geográfica de los padres. Siguiendo a Fernández y Fogli (2009), la idea es aproximar los antecedentes culturales de las mujeres de la ENDES a partir de las tasas de fecundidad, embarazo adolescente y tasas de participación laboral de estas mujeres en los departamentos de donde provienen ellas y sus padres. De esa manera, se evalúa empíricamente si estas variables juegan un papel importante en la determinación del riesgo de embarazo adolescente y en los patrones de uso de métodos anticonceptivos modernos en el marco de un modelo que además controle por otras características socio-económicas de las mujeres así como de su acceso a los servicios de salud.

2. RESULTADOS

En esta sección presentamos de manera resumida los principales resultados de los dos estudios mencionados acerca de la importancia de los antecedentes étnico-lingüísticos sobre las desigualdades sociales en salud reproductiva (Valdivia 2007), y luego sobre la relevancia de los factores étnico-culturales sobre los patrones de embarazo adolescente en el Perú (Valdivia 2010).

2.1. Antecedentes lingüísticos y desigualdades en salud

Valdivia (2007) analiza los antecedentes lingüísticos y la etnicidad como determinantes de las desigualdades en salud materno-infantil en el Perú, aprovechando que a partir del 2005 la ENDES incluye adicionalmente información acerca de la lengua materna de los ancestros de la mujer entrevistada (padres y abuelos). Con ese tipo de información, explora a mayor profundidad

la relación entre los antecedentes lingüísticos de la población, los antecedentes étnicos, el proceso de asimilación de los grupos con antecedentes indígenas a la vida en las ciudades y su aproximación a los servicios modernos de salud en el Perú.

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

Valdivia (2007) utiliza la ENAHO para analizar la relación entre los antecedentes lingüísticos de la población y una serie de características básicas como el nivel educativo o de ingresos, y establece que la mayoría de los que reportan antecedentes lingüísticos quechua o aymara se autoidentifican como quechuas, aymaras o mestizos. Tomando esto en cuenta, analicemos la distribución de los antecedentes lingüísticos del resto de las mujeres en las rondas 2005-2006 de la ENDES. De acuerdo al cuadro 1, aunque el 91% de las mujeres reporta el castellano como la lengua que utilizan en el hogar, el 27% identifica el quechua o aymara como la lengua materna de sus padres o abuelos²³. A este grupo lo denominamos "habla castellana reciente", en contraposición al grupo de 64% de las mujeres que reporta el 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 con su lugar de residencia, región, nivel educativo y de riqueza. El cuadro 1 muestra también que 90% de los que reportan hablar quechua/aymara se ubican en zonas rurales de la sierra, y tienen menor nivel educativo y de tenencia de activos²⁴. Así, el 75% de esas mujeres tiene como máximo educación primaria y el 89% se ubica en los dos quintiles más pobres de acuerdo con su tenencia de activos, cuando esos porcentajes son de 29% y 31%, respectivamente, para el promedio nacional. En resumen, parece ser que el grupo de habla castellana

23 Con solo 11.413 observaciones, decidimos no separar a aquellos que tienen a padres con esas lenguas de aquellos que solo sus abuelos las tienen.

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

reciente refleja los patrones de migración rural-urbana así como el consecuente aumento en el nivel educativo de sus familias. Lo importante es que ello permite una comparación de grupos étnicos distintos (castellano antiguo *vs.* reciente) pero con niveles educativos y de urbanización semejantes, cosa que no es posible de lograr al comparar los grupos de habla castellana antigua con los quechua/aymara. Ello nos permitirá aproximarnos, por ejemplo, a la relación entre el sostenimiento de patrones culturales y la utilización de los servicios modernos de salud una vez que se homogeniza relativamente el asunto del acceso geográfico a los establecimientos de salud.

Cuadro 1
Características básicas según antecedentes lingüísticos (%)

Característica	Castellano antiguo	Castellano reciente	Quechua / aymara	Total mujeres
<i>N.º de observaciones</i>	7.255 63,57%	3.107 27,22%	1.051 9,21%	11.413
<i>Área de residencia</i>				
Urbana	74,6	75,9	10,0	69,0
Rural	25,4	24,1	90,0	31,0
<i>Región natural</i>				
Lima Metropolitana	31,4	30,9	0,5	28,4
Resto costa	33,5	14,4	1,6	25,4
Sierra	21,0	45,5	94,1	34,4
Selva	14,1	9,2	3,7	11,8
<i>Nivel de educación</i>				
Sin educación	1,9	2,2	16,8	3,4
Primaria	20,8	26,0	58,8	25,7
Secundaria	44,0	46,1	23,0	42,6
Superior	33,3	25,7	1,4	28,3
<i>Quintiles de riqueza</i>				
Quintil inferior	10,1	7,0	38,0	11,8
Segundo quintil	14,8	17,9	51,4	19,0
Quintil intermedio	19,2	27,9	8,5	20,6
Cuarto quintil	25,0	26,9	1,5	23,4
Quintil superior	30,9	20,3	0,6	25,2

Fuente: ENDES 2005-2006.

Veamos ahora las diferencias por origen étnico en los indicadores de salud seleccionados de acuerdo a las rondas 2005-2006 de la ENDES. Sin embargo, resulta sensato contextualizar estas comparaciones con las tendencias en los promedios de estos indicadores entre el periodo 2000-2004-2005. La mayoría de indicadores de salud de la ENDES muestra una evolución positiva entre el 2000 y el 2004. Por ejemplo, mientras que hacia el año 2000 el 58% de las mujeres reportaba su último parto como institucional, este porcentaje subió a 70% hacia el 2004-05. El mismo tipo de tendencia se observa respecto a controles prenatales y de crecimiento y desarrollo²⁵.

En cuanto a las diferencias por antecedentes lingüísticos, el cuadro 1 muestra los porcentajes o promedios para cada indicador de acuerdo con el 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, solo el 42% de las mujeres tuvo acceso a un parto institucional, mientras que ese porcentaje llega hasta 77% en el caso de las mujeres de habla castellana antigua²⁶. 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 solo 18% de los niños con madre de habla castellana antigua padecen de esta deficiencia. Asimismo, las diferencias entre el grupo de habla castellana antigua y reciente no son estadísticamente significativas.

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

26 La tabla 11 de Valdivia (2007) muestra que esta diferencia es estadísticamente significativa; no así la correspondiente a partos institucionales entre el grupo de habla castellana antigua con el reciente.

Cuadro 2
Antecedentes lingüísticos y salud materno-infantil

	Global	Castellano antiguo	Castellano reciente	Quechua/ aymara
<i>Atención durante el parto</i>				
Parto institucional	72,4	76,8	77,4	42,3
Atendida por profesional de la salud	72,7	76,6	78,9	46,6
<i>Controles prenatales</i>				
Al menos un control	95,0	94,7	95,4	95,3
Al menos cuatro controles	87,8	88,3	87,6	85,7
<i>Afiliación al SIS</i>				
Madre afiliada	61,1	55,7	61,4	85,1
Hijo afiliado	50,5	44,9	48,1	81,0
<i>Fecundidad y planificación familiar</i>				
N.º de hijos	2,0	1,7	2,0	3,5
Embarazo adolescente	28,0	25,1	30,4	41,0
Métodos modernos – Uso actual	32,7	34,7	31,7	21,9
Métodos tradicionales – Uso actual	18,6	16,2	20,8	29,0
<i>Antropometría de la madre</i>				
Sobrepeso u obesidad (IMC \geq 25)	44,4	45,0	47,2	32,8
Obesidad (IMC \geq 30)	12,5	13,0	14,0	4,7
Exposición en talla de la madre (<147 cm.)	20,4	17,6	24,2	30,8
<i>Diarrea y tratamiento</i>				
Niño con diarrea	14,7	14,0	17,6	12,5
Recibió terapia de rehidratación	71,5	73,2	73,3	59,4
<i>Control de crecimiento y desarrollo</i>				
Niños < 2 años	79,5	79,3	79,0	81,4
Niños \geq 2 años	44,3	41,1	47,0	51,7
<i>Antropometría niños</i>				
Z-score talla para la edad	-1,2	-9,9	-1,1	-2,0
Niño con desnutrición crónica	23,9	18,4	20,0	51,3

Fuente: ENDES 2005-2006.

En general, estas diferencias en contra de los grupos de origen étnico quechua o aymara confirman las tendencias halladas en estudios previos²⁷. En tal sentido, un aspecto importante es que no se observan diferencias entre ninguno de los tres grupos en lo que respecta al acceso de controles prenatales durante el último embarazo. La tasa de embarazos con al menos cuatro controles prenatales

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

se mueve entre 86% y 88%, entre los tres grupos identificados en este estudio, no siendo significativa ninguna de las diferencias. La tendencia incluso llega a revertirse en el caso del acceso a servicios de control de crecimiento y desarrollo de los niños, que es más alto en el caso de las poblaciones de habla quechua/aymara²⁸.

Las variables que sí muestran diferencias significativas entre los tres grupos son las que corresponden al uso de métodos modernos de planificación familiar y a los patrones de fecundidad de las mujeres entrevistadas. En primer lugar, se observa el mayor uso actual entre las mujeres no embarazadas del grupo de habla castellana antigua (35%), mientras que el menor uso se da en el grupo de habla quechua/aymara (22%)²⁹. El grupo de habla castellana reciente reporta un nivel intermedio de uso de métodos modernos de planificación familiar (32%), el mismo que es estadísticamente distinto de los otros dos grupos.

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

¿Cómo interpretar estos resultados? Una primera cuestión es recordar los planteamientos de los estudios cualitativos asociados al proyecto Reprosalud, del Movimiento Manuela Ramos. En dichos estudios se habla en general de los conflictos que enfrentan las mujeres para buscar la asistencia del personal de los establecimientos de salud en asuntos de salud reproductiva, en la medida en que

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

29 Hay que anotar que desde la década de los años 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.

entienden que es útil, pero al mismo tiempo les genera una gran incertidumbre acerca de los riesgos que sienten que pueden correr al usarlos. Esta desconfianza tiene que ver con que, en muchos casos, solo recurren a estos servicios cuando el embarazo se complica, lo que también tiene que ver con la distancia geográfica que separa a los establecimientos de salud del lugar donde residen las mujeres. Pero fundamentalmente por la distancia social que separa al personal médico de las mujeres de habla quechua o aymara, las mismas que residen casi exclusivamente en áreas rurales. Estas hipótesis son muy importantes, pero apuntan a explicar un fenómeno ya harto conocido en la literatura cuantitativa relacionada: el hecho de que las mujeres de habla quechua o aymara enfrentan una gran desventaja respecto a los de habla castellana en lo que tiene que ver con su propio estado de salud, como con su acceso efectivo a los servicios básicos de salud³⁰.

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

Una de las diferencias entre las mujeres de castellano reciente y las de lengua quechua o aymara es que las primeras tienen una mayor probabilidad de residir en las ciudades de la costa, mientras que las segundas tienden a residir en zonas rurales de la sierra³¹. Como sabemos, en las ciudades no solo los establecimientos de salud están más cerca, sino que también sus residentes están mucho más expuestos a información acerca de una concepción de la salud y del cuidado más coherente con los métodos modernos. Aunque sabemos menos de esto, también es posible que muchos de los prejuicios con que se desenvuelven los prestadores de salud en zonas rurales, y que los alejan de las mujeres rurales, sean menores en espacios

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

31 De acuerdo al cuadro 1, 75% de las primeras reside en zonas urbanas vs. sólo el 2% de las segundas.

urbanos, especialmente si las mujeres han ido paulatinamente asimilando no solo la lengua castellana, sino también algunos otros patrones, como la vestimenta, por ejemplo.

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

Así, la literatura local e internacional abre un espacio para conectar las brechas reportadas en el cuadro 2 a la hipótesis de 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 con sus antecedentes lingüísticos, las mismas que no son tan fáciles de superar con la migración a las ciudades, como las relacionadas con la atención médica durante el embarazo o el parto. En ese sentido, se refuerza la idea de que la promoción de la equidad en el uso de métodos de planificación familiar requiere superar los

enfoques tradicionales para incorporar un trabajo sobre estos patrones culturales, pero no solamente en espacios rurales, sino también con aquellas que en este estudio hemos denominado de lengua castellana reciente, la mayoría de las cuales reside en espacios urbanos. En lo que resta de esta sección, exploramos la relevancia empírica de esta hipótesis para explicar los patrones y tendencias de la maternidad temprana en el Perú.

2.2. Cultura y maternidad temprana

Guiso, Sapienza y Snagles (2006) plantean que una de las razones por las que la literatura económica ha ignorado analizar la importancia empírica del factor cultural es que una definición precisa le ha sido muchas veces esquiva. Fernández y Fogli (2009) plantean una definición bastante operativa: el conjunto de preferencias y creencias que ayudan a entender diversos comportamientos económicos. Las preferencias y creencias son transmitidas intergeneracionalmente a través de la familia o la red social cercana (barrio, comunidad, colegio, entre otros) y normalmente evolucionan muy lentamente a menos que ocurra algún *shock* de información que se difunda eficientemente a lo largo de la red familiar o social. Fernández y Fogli (2009) utilizan este enfoque para evaluar si la cultura juega un papel importante en la explicación del comportamiento laboral de las mujeres americanas, y confirman tal presunción utilizando los patrones laborales y reproductivos predominantes para las mujeres migrantes en sus países de origen. En esta sección utilizamos este enfoque para evaluar la importancia de factores culturales para explicar el comportamiento de las mujeres peruanas respecto a la maternidad temprana, aprovechando que en las rondas 2007-2008 de la ENDES se incluye la información del lugar de nacimiento de las madres de las mujeres entrevistadas, además de su nivel educativo.

Valdivia (2007) utiliza este enfoque con el fin de explorar la importancia empírica de la cultura para explicar los patrones de embarazo adolescente en el Perú. Una amplia literatura antropológica apoya la idea de la complejidad de preferencias y creencias que afectan las decisiones sobre temas de salud sexual y reproductiva en las culturas quechua o aymara, o en las poblaciones amazónicas,

aunque la mayoría de estos estudios se ha situado en espacios rurales³². Sin embargo, Valdivia (2007) plantea que uno puede entender la importancia de estos factores culturales en la determinación del proceso de asimilación cultural asociado a la fuerte migración rural-urbana que se ha dado en el Perú por lo menos desde mediados del siglo pasado. Dicho estudio parte de establecer las importantes brechas entre regiones en la incidencia de la maternidad adolescente, especialmente en las últimas décadas. A mediados del siglo pasado, se observa un patrón homogéneo con una media alta. Hacia los ochenta, sin embargo, se amplían sustancialmente las diferencias entre las zonas rurales y urbanas, y de la selva respecto a la costa o Lima, la capital del país. En tal sentido, lo que plantea el mencionado estudio es utilizar la tasa de embarazo adolescente en las regiones de procedencia de las madres de las mujeres de la ENDES como indicador de su bagaje cultural respecto a la temporalidad de su maternidad. Para atribuir la importancia de esta variable a factores culturales (es decir, a preferencias y creencias) se controla por las características del lugar de residencia (dominio) de la mujer durante su infancia, así como por el nivel educativo de la madre de la mujer encuestada.

Los resultados principales se muestran en el cuadro 3, y confirman que los antecedentes de la incidencia de la maternidad adolescente en los lugares de origen familiar juegan un papel determinante en la propensión de las mujeres a tener un hijo temprano³³. En otras palabras, las mujeres con antecedentes familiares de regiones donde la incidencia de maternidad adolescente es alta, tienden a tener una mayor propensión a la maternidad adolescente, aun cuando ellas ya residan en un lugar distinto del que nació y creció su madre. Habiendo controlado por la educación de la madre y el acceso a infraestructura e información relevante en el lugar de residencia durante la infancia, la interpretación de este efecto es atribuible a factores que se transmiten intergeneracionalmente, por encima de las influencias de los nuevos entornos en que crecen las niñas en los casos en los que la familia ha migrado. Estos factores pueden entenderse como culturales, en el sentido de que la transferencia intergeneracional se da a través de la familia y

32 Ver, por ejemplo, Anderson (2001) o Yon (2000).

33 El modelo 5 del cuadro 3 restringe la muestra a aquellos casos en los que las mujeres entrevistadas residen en una región distinta de la de sus madres, es decir, son migrantes intergeneracionales.

la red social local, y en la medida en que se relacionan con las creencias acerca del rol de la mujer en la familia y las preferencias por fecundidad. Valdivia (2010) muestra además que este efecto es más relevante en las cohortes más jóvenes y para la gente que proviene de la selva rural.

Cuadro 3 Determinantes de la maternidad adolescente

(estadístico *t* entre paréntesis; ES corregido por aglomeración regional)

	RS 1					RS2	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
<i>Educación de la madre</i>							
Primaria	0,695 *** (-3,823)	0,723 *** (-4,013)	0,675 *** (-6,491)	0,704 *** (-7,303)	0,593 *** (-5,214)		
Secundaria	0,496 *** (-7,425)	0,533 *** (-7,766)	0,496 *** (-8,278)	0,538 *** (-8,273)	0,438 *** (-11,80)		
Superior	0,276 *** (-9,568)	0,300 *** (-9,780)	0,289 *** (-7,664)	0,318 *** (-7,887)	0,342 *** (-18,03)		
<i>Cohorte</i>							
1987-93	1,340 *** (4,287)	1,386 *** (6,938)	1,298 *** (4,041)	1,340 *** (6,620)	1,336 *** (5,260)		
1977-86	1,185 *** (2,672)	1,218 *** (4,269)	1,165 ** (2,339)	1,197 *** (3,611)	1,062 (0,749)		
1967-76	1,150 *** (2,646)	1,145 ** (2,543)	1,137 ** (2,457)	1,130 ** (2,330)	1,042 (0,493)		
<i>Antecedentes de maternidad adolescente</i>							
En el lugar de residencia durante infancia		5,721 *** (2,825)		6,712 *** (3,145)	12,432 *** (4,340)		
En el lugar de nacimiento de la madre			5,501 (1,603)	5,936 * (1,763)	5,766 ** (2,410)		
N.º de observaciones	9.345	9.345	9.174	9.174	3.858		

Nota: Aunque no se reportan, todos los modelos incluyen efectos fijos por la región en la que la mujer entrevistada creció.

* Significativo al 10%

** Significativo al 5%

*** Significativo al 1%

Fuente: ENDES 2007-08.

3. RESUMEN, DISCUSIÓN E IMPLICANCIAS DE POLÍTICA

En este artículo discutimos la relevancia de la raza-etnicidad como determinante de las desigualdades en salud en el Perú, presentando de manera resumida dos estudios del autor que utilizan la nueva información disponible en las rondas 2005-2008 de la ENDES para establecer sus antecedentes lingüísticos y culturales.

En el primer caso, se presenta el estudio de Valdivia (2007) que usa información de los antecedentes lingüísticos de las mujeres entrevistadas en las ENDES, la misma que nos permite identificar un nuevo grupo intermedio, que aquí hemos llamado de "lengua castellana reciente", el mismo que incluye a aquellas mujeres que reportan el castellano como lengua de mayor uso en el hogar, pero que a su vez reportan el quechua o aymara como lengua materna de sus padres. El planteamiento es que este grupo lingüístico intermedio nos ayuda 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.

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 el quechua o aymara en los diferentes indicadores de salud maternoinfantil. De otro lado, sin embargo, las mujeres en el grupo de transición lingüística se muestran como muy semejantes a las hablantes de la lengua castellana, tanto en lo que respecta a los indicadores sociales como respecto a su utilización de la mayoría de los servicios de salud, salvo en la utilización de métodos anticonceptivos modernos y, consecuentemente, en la incidencia del embarazo adolescente. Tomando en cuenta que muchas de estas mujeres ya residen en espacios urbanos con mayor acceso a infraestructura e información, tal resultado sugeriría que las brechas culturales son más influyentes en estas variables 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. Ciertamente, dicho estudio no llega a establecer una relación de causalidad clara debido a que hay otros factores en juego detrás del antecedente lingüístico de las mujeres. Justamente el siguiente estudio aborda de manera más rigurosa la relación entre la cultura y el embarazo adolescente.

El segundo estudio resume los resultados del estudio de Valdivia (2010), el mismo que se basa en nuevos enfoques económicos para analizar los factores culturales como determinantes de comportamientos socioeconómicos y la reciente disponibilidad de información acerca de los lugares de procedencia de las mujeres encuestadas en la ENDES. Utilizando la incidencia del embarazo adolescente en los lugares de procedencia familiar, se confirma que los antecedentes culturales son efectivamente empíricamente importantes como determinantes del riesgo de maternidad adolescente, los mismos que afectan negativamente el rendimiento posterior de las mujeres en la escuela y el mercado laboral, reproduciendo patrones que limitan el desarrollo de las mujeres en estas dimensiones de su realización personal. El hecho de que la relación sea particularmente más robusta entre las cohortes que vivieron su adolescencia en la década de 1980 plantea la urgencia de identificar medidas de política para eliminar esta fuente de inequidades de género por sus consecuencias sociales negativas. El punto es que, respetándose las preferencias individuales y sus derechos, se identifiquen intervenciones que permitan que las niñas tomen estas decisiones con la debida información acerca de sus derechos frente a sus parejas y sobre las consecuencias, en términos de enfermedades de transmisión sexual, de riesgos durante el embarazo y las restricciones permanentes a su capacidad de realizarse en la escuela y el trabajo.

Diversos estudios muestran, por ejemplo, que un embarazo temprano está asociado a un mayor riesgo de mortalidad infantil o materna, así como con menores rendimientos en la escuela y el mercado laboral³⁴. Así pues, intervenciones efectivas en salud reproductiva, basadas en un enfoque de derechos y de equidad de género, serían ampliamente justificadas para estos grupos poblacionales identificados aquí como particularmente vulnerables.

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

3.1. Implicancias de política

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

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

Ciertamente, los resultados aquí presentados ponen especial énfasis en el trabajo asociado a las políticas de planificación familiar, las que igualmente deben abordarse desde una perspectiva integral que también incluya el tema de la equidad de género. En otras palabras, en la línea del planteamiento del programa Reprosalud, es fundamental que la promoción del uso de MAMs y la prevención del embarazo adolescente se realicen en el marco de una estrategia de empoderamiento de las mujeres para acceder a su derecho de realización personal, tanto en el espacio laboral como en el del hogar.

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

en el control poblacional entre las poblaciones más pobres. En el Perú, es muy reciente el caso de los excesos cometidos por la política de salud reproductiva y de planificación familiar implementada durante la década de 1990, en particular alrededor de las anticoncepciones quirúrgicas voluntarias (AQV). Los cientos de casos de excesos reportados e investigados por la Defensoría del Pueblo son un indicador del riesgo que pueden representar los programas de salud reproductiva y planificación familiar que se centran en objetivos de control poblacional antes que en la promoción de los derechos de las mujeres, especialmente entre las mujeres indígenas, ante las cuales el sistema de salud ha sido tradicionalmente insensible a sus requerimientos culturales y otros.

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

Pero la estrategia integral también se refiere a la necesidad de trascender el sector salud para buscar atacar las raíces de las desigualdades que estas poblaciones de origen indígena sufren respecto al acceso a educación de calidad, a la posibilidad de desarrollar oportunidades económicas sostenibles, y al derecho a infraestructura económica y social, en tanto es claro que estas desigualdades determinan las desigualdades en salud que hemos reportado con este proyecto. Así, una política centrada exclusivamente en el sector salud tiene menos oportunidades de contribuir a la promoción de los derechos reproductivos de las mujeres que otra que suponga un esfuerzo multisectorial.

Finalmente, los resultados aquí mostrados sostienen la importancia de incorporar la información de los antecedentes lingüísticos y la procedencia geográfica de las mujeres en el cuestionario de la ENDES. No obstante, es aún necesario profundizar en la relación de los antecedentes lingüísticos y el

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA-FILHO, Naomar; Ishiro KAWACHI, Alberto PELLEGRINI y Norberto DACHS

2003 "Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: bibliometric and content analysis (1971-2000)". *American Journal of Public Health*, n.º 93, pp. 2037-2043.

ALTAMIRANO, Teófilo y Lane Ryo HIRABAYASHI

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

ANDERSON, Janine

2001 *Tendiendo puentes. Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de los servicios de salud*. Lima: Movimiento Manuela Ramos y Proyecto Reprosalud.

BENAVIDES, Martín y Martín VALDIVIA

2004 "Metas del milenio y la brecha étnica en el Perú". Manuscrito. Lima: GRADE. Versión electrónica disponible en <[http://www.grade.org.pe/download/docs/informe ethnicity and MDGs v3.pdf](http://www.grade.org.pe/download/docs/informe%20ethnicity%20and%20MDGs%20v3.pdf)>.

BERNAL, Raquel y Mauricio CÁRDENAS

2005 *Race and ethnic inequalities in health and health care in Colombia*. Fedesarrollo Working Paper Series, n.º 29. Bogotá: Fedesarrollo.

BORJAS, George

1992 "Ethnic capital and intergenerational mobility". *Quarterly Journal of Economics*, vol. 107, n.º 1, pp. 123-150.

BRASS, Paul

1999 *Ethnicity and nationalism: theory and comparison*. Nueva Delhi: Sage Publications.

CASTRO, Raúl

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

COTLER, Julio

1992 *Clases, estado y nación en el Perú*. Colección Perú Problema n.º 17. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.

DEGREGORI, Carlos Iván

1993 “Identidad étnica, movimiento sociales y participación política en el Perú”, en *Democracia, etnicidad y violencia política en los países andinos*. Lima: Instituto Francés de Estudios Andinos e Instituto de Estudios Peruanos.

ESPINOZA, Giuliana y Alberto TORREBLANCA

2004 *Cómo rinden los estudiantes peruanos en Comunicación y Matemática: resultados de la Evaluación Nacional 2001. Informe descriptivo*. Documento de Trabajo n.º 1, Unidad de Medición de la Calidad Educativa del Ministerio de Educación. Lima: Ministerio de Educación.

FERNÁNDEZ, Raquel.y Alessandra FOGLI.

2009 “Culture: an empirical investigation of beliefs, work and fertility”. *American Economic Journal: Macroeconomics*, vol. 1, n.º 1, pp. 146-177.

FIELD, Enrica y Attila AMBRUS

2008 “Early marriage, age of menarche, and female schooling attainment in Bangladesh”. *Journal of Political Economy*, vol. 116, n.º 5, pp. 881-930.

FIGUEROA, Adolfo; Teófilo ALTAMIRANO y Denis SULMONT

1996 *Exclusión social y desigualdad en el Perú*. Lima: Organización Internacional del Trabajo e Instituto Internacional de Estudios Laborales.

GOOD, Byron

1994 *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.

GUIISO, Luigi; Paola SAPIENZA y Luigi ZINGALES

2006 “Does culture affect economic outcomes?”. *Journal of Economic Perspectives*, vol. 20, n.º 2, pp. 23-48.

HALL, Gillette y Harry PATRINOS

2005 *Indigenous peoples, poverty and human development in Latin America: 1994-2004*. Washington DC: Banco Mundial.

KLEINMAN, Arthur

1980 *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press,

MASSE, Raymond

1995 *Culture et sante publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montreal: Gaëtan Morin Éditeur.

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. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social.

MONTOYA, Rodrigo

1993 "Libertad, democracia y problema étnico en el Perú", en *Democracia, etnicidad y violencia política en los países andinos*. Lima: Instituto Francés de Estudios Andinos e Instituto de Estudios Peruanos.

OLIART, Patricia

1984 "Migrantes andinos en un contexto urbano: las cholas en Lima". *Debates en Sociología*, n.º 10, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

OSSIO, Juan

1995 "Etnicidad, cultura y grupos sociales", en *El Perú frente al siglo XXI*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

PREAL, Programa de Promoción de la Reforma Educativa de América Latina y el Caribe

2004 *Informe de progreso educativo: Perú*. Lima: Grupo de Análisis para el Desarrollo y PREAL.

TODD, Knox; Christi DEATON, Anne D'ADAMO y Leon GOE.

2000 "Ethnicity and analgesic practice". *Annals of Emergency Medicine*, vol. 35, n.º 1, pp. 11-16;

TORERO, Máximo; Jaime SAAVEDRA, Hugo ÑOPO y Javier ESCOBAL.

2004 "An invisible wall? The economics of social exclusion in Peru", en Mayra Buvinic, Jaqueline Mazza y Ruthanne Deutsch (editoras), *Social inclusion and economic development in Latin America*. Banco Interamericano de Desarrollo y Johns Hopkins University Press.

TORRES, Cristina

2003 *Equity in health from an ethnic perspective*. Washington, DC: Public Policy and Health Program Division of Health and Human Development.

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 para el Banco Interamericano de Desarrollo. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, Lima.

VALDIVIA, Martin

2011 “Etnicidad como determinante de la inequidad en salud materno-infantil en el Perú”, en Hernández y Rico (editoras), *Protección social en salud en América Latina y el Caribe: investigación y políticas*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

2010 “Culture and teen motherhood in Peru”. Manuscrito inédito. Lima: Grupo de Análisis para el Desarrollo.

2007 *Etnicidad. Antecedentes lingüísticos y la salud materno-infantil en el Perú*. Documento de Trabajo n.º 2, Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática y Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación..

2004 “Poverty, health infrastructure and the nutrition of Peruvian children”. *Economics and Human Biology*, vol. 2, n.º 3, pp. 489-510.

VALDIVIA, Martín y Jorge MESINAS

2002 *Evolución de la equidad en salud materno-infantil en el Perú: 1986-2000*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática y Macro Inc. International.

YON, Carmen

2003 *Salud reproductiva, interculturalidad y ciudadanía*. Movimiento Manuela Ramos, Lima. Disponible en <http://www.interculturalidad.org/2_06.htm>.

2000 *Preferencias reproductivas y anticoncepción: Hablan las mujeres*. Lima: Movimiento Manuela Ramos.

