

## PUBLICACIÓN ANTICIPADA

### Publicación anticipada

El Comité Editor de la Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo aprobó para publicación este manuscrito, teniendo en cuenta la revisión de pares que lo evaluaron y levantamiento de observaciones. Se publica anticipadamente en versión pdf en forma provisional con base en la última versión electrónica del manuscrito, pero sin que aún haya sido diagramado ni se le haya hecho la corrección de estilo. Siéntase libre de descargar, usar, distribuir y citar esta versión preliminar tal y como lo indicamos, pero recuerde que la versión electrónica final y en formato pdf pueden ser diferentes.

### Advance publication

The Editorial Committee of the Journal Cuerpo Medico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo approved this manuscript for publication, taking into account the peer review that evaluated it and the collection of observations. It is published in advance in a provisional pdf version based on the latest electronic version of the manuscript, but without it having been diagrammed or style corrected yet. Feel free to download, use, distribute, and cite this preliminary version as directed, but remember that the final electronic and pdf versions may differ.

**Citación provisional** /Intimayta-Escalante C, Rojas-Bolivar D. Diferencias étnicas en la percepción sobre la desigualdad en el acceso a la salud en Perú. Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Internet]. 1 de febrero de 2024 [citado 1 de febrero de 2024];16(4). DOI: [10.35434/rcmhnaaa.2023.164.2052](https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2023.164.2052)

Recibido / 13/06/2023

Aceptado / 08/01/2024

Publicación en Línea / 01/02/2024



## **Diferencias étnicas en la percepción sobre la desigualdad en el acceso a la salud en Perú**

### **Ethnic differences in perceptions of inequality in health care access in Peru**

Claudio Intimayta-Escalante<sup>1a</sup>, Daniel Rojas-Bolivar<sup>2b</sup>

1. Facultad de Medicina de San Fernando, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú

2. Asociación para el Desarrollo de la Investigación Estudiantil en Ciencias de la Salud, Lima, Perú

a. Estudiante de Medicina

b. Médico Cirujano

### **ORCID**

Claudio Intimayta-Escalante: <https://orcid.org/0000-0003-2552-9974>

Daniel Rojas-Bolivar: <https://orcid.org/0000-0003-0585-4155>

**AUTOR CORRESPONSAL:** Claudio Rolando Intimayta Escalante

**Correo electrónico:** [claudio.intimayta@unmsm.edu.pe](mailto:claudio.intimayta@unmsm.edu.pe)

**Teléfono:** +051971403958

**Dirección:** Av. Brasil #1220, Jesús María, Lima, Perú

**FINANCIAMIENTO:** Autofinanciado

### **CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES:**

CIE y DRB han participado en la concepción y diseño del artículo, en la recolección de datos, en el análisis e interpretación del artículo, en la redacción del artículo, en la revisión crítica del artículo y en la aprobación de la versión final.

## RESUMEN

**Objetivos.** Evaluar las diferencias en la percepción sobre la desigualdad en el acceso a la salud según el grupo étnico en los adultos peruanos. **Material y Métodos.** Estudio transversal analítico realizado con un análisis secundario de los datos de la I Encuesta Nacional de Percepción de Desigualdades de 2022. La variable dependiente fue la percepción sobre desigualdad en el acceso a la salud y las variables independientes fueron las características sociodemográficas. Las diferencias en la percepción sobre la desigualdad en el acceso a la salud según el grupo étnico se evaluaron con modelos lineales generalizados de tipo Poisson para estimar la Razón de Prevalencia cruda y ajustada (RPa) por las demás variables. **Resultados.** De los 1,530 encuestados, el 50.2% eran mujeres y la edad promedio era de 40.0 años (95%IC: 39.23 – 40.73). Para el 71.8% el acceso a la salud era muy desigual. La prevalencia de una percepción sobre el acceso a la salud muy desigual era mayor en aquellos que se identificaron como parte de los pueblos originarios (RPa: 1.19; 95%IC: 1.02 - 1.39;  $p=0.025$ ) o mestizos (RPa: 1.16; 95%IC: 1.02 - 1.33;  $p=0.025$ ), al compararlos con los encuestados que se identificaron como blancos. **Conclusión.** Siete de cada diez adultos peruanos encuestados percibían un acceso a la salud muy desigual y esta percepción fue mayor en aquellos que se identificaron como parte de los pueblos originarios o mestizo, al compararlos con los que se identificaron como blancos.

**Palabras claves.** Etnicidad; Disparidades en Atención de Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Encuestas y Cuestionarios (**Fuente:** DeCS BIREME).

## ABSTRACT

**Objectives.** To evaluate the differences in the perception of inequality in access to health care according to the ethnic group with which Peruvian adults identify. **Material and Methods.** Analytical cross-sectional study conducted with a secondary analysis of data from the I National Survey of Perception of Inequalities 2022. The dependent variable was the perception of inequality in the access to health and the independent variables were sociodemographic characteristics. Differences in the perception of inequality in the access to health care according to the ethnic group were evaluated with Poisson-type generalized linear models to estimate the crude and adjusted Prevalence Ratio (aPR) for the other variables. **Results.** Of the 1,530 respondents, 50.2% were female and the mean age was 40.0 years (95%CI: 39.23 - 40.73). For 71.8%, access to health was very unequal. And the prevalence of a perception of a very unequal access to health was higher in those who identified themselves as part of the natives' peoples (RPa: 1.19; 95%CI: 1.02 - 1.39; p=0.025) or mestizos (RPa: 1.16; 95%CI: 1.02 - 1.33; p=0.025), when compared with those who identified themselves as white. **Conclusion.** Seven out of ten Peruvian adults perceived a very unequal access to health care and this perception was higher in those who identified themselves as part of the natives' peoples or mestizos, when compared to those who identified themselves as white.

**Keywords:** Ethnicity; Healthcare Disparities; Health Services Accessibility; Surveys and Questionnaires (**Source:** MeSH NLM).

## **INTRODUCCIÓN**

Las desigualdades étnicas relacionadas a la salud son aquellas diferencias que propician un estado de salud más deteriorado para un determinado grupo de la población que tiene una visión cultural y costumbres diferentes a la gran mayoría en una sociedad (1,2). Una consecuencia es que los grupos étnicos se ven subrepresentados y las dificultades que experimentan para acceder a servicios de salud son poco exploradas (3,4).

La medición de las desigualdades en el acceso a la salud puede ser compleja por la escasez de datos y uso de indicadores aproximados (4-6); no obstante, existen indicadores de las desigualdades étnicas, como las tasas de mortalidad materna y el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (6-9). Por otro lado, existen indicadores de desigualdades en aspectos económicos, especialmente para los pueblos originarios (quechua, aimara, etc.) o afroperuanos con evidencias de sobreexplotación (menor remuneración, extensas jornadas laborales, precaria condición laboral y otros) (10). Estos aspectos son dimensiones de la desigualdad estrictamente relacionadas y que pueden generar e incrementar la brecha en el acceso a servicios de salud (11,12).

Actualmente existe una mayor cantidad de normas legales que reconocen a diferentes grupos étnicos y protegen sus derechos fundamentales para el acceso a la salud basado en un enfoque intercultural e inclusivo (13,14). Sin embargo, las desigualdades étnicas se han perpetuado e incrementado por aquellos determinantes sociales de la salud que no han sido abordados de manera integral (15,16). Por ello en este estudio se buscó evaluar las diferencias en la percepción sobre la desigualdad en el acceso a la salud según el grupo étnico con el que se identifiquen los adultos peruanos.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

### **Diseño, Población y Muestra**

Estudio transversal analítico que analizó los datos públicos de la I Encuesta Nacional de Percepción de Desigualdades (ENADES) realizada entre el 13 de mayo y 3 de junio de 2022 en la población peruana. La ENADES fue realizada por el Instituto de Estudios Peruanos (IEP) en colaboración con el Comité de Oxford de Ayuda contra el Hambre (OXFAM, por sus siglas en inglés) mediante un enfoque de muestra compleja (17). La recolección de datos fue a través de llamadas telefónicas a personas con 18 años o más a nivel nacional en los 24 departamentos, 159 provincias que incluye la provincia

constitucional del Callao (considerada junto a Lima como la región de la capital de Perú) y 453 distritos tanto en áreas urbanas como rurales. Así se incluyeron a todos los participantes de la encuesta que son una muestra representativa de la población peruana. Los detalles técnicos sobre la metodología empleada en la ENADES se pueden revisar en la página de la OXFAM (<https://peru.oxfam.org/ENADES-2022>).

### **Variables y Mediciones**

En el estudio se incluyeron a los participantes de la encuesta que respondieron a las preguntas de interés. Sobre todo, aquella que evalúa la percepción sobre la desigualdad en el acceso de los peruanos a la salud que fue establecida como la variable dependiente. Mientras que en las variables independientes se incluyeron características sociodemográficas como el sexo del encuestado, el grupo etario. El lugar de residencia se clasificó según la región, el área o lugar de residencia. Otros aspectos como el nivel de educación, nivel socioeconómico también se evaluaron. Adicionalmente se evaluó si el encuestado trabajaba actualmente, le alcanzaba el ingreso económico o si existe hacinamiento en su hogar (Anexo 1). El grupo étnico con el cual se identifica el encuestado tenía como categorías el grupo blanco, mestizo, de un pueblo originario, afroperuano y otros. En todos los casos no se incluyó como categoría aquellos que respondieron no sabe o no opina (NS/NP), pero no se les eliminó de la base de datos ya que se les codificó como un encuestado que no responde a la pregunta.

### **Análisis Estadístico**

El análisis estadístico fue realizado con el software R Studio v4.1 (<https://www.r-project.org/>). Todos los análisis se realizaron tomando en cuenta el diseño de muestra compleja de la encuesta, incluyendo el factor de ponderación en las estimaciones y un estrato único ya que la encuesta se realizó únicamente mediante llamadas telefónicas. Para todos los análisis se especificó los pesos utilizando el paquete “survey” y las funciones `svyCreateTableOne`, `svytable` y `svyby`. Se reportó las frecuencias absolutas y proporciones ponderadas, así como la media de las variables numéricas y sus respectivos intervalos de confianza al 95% (95%IC). Se realizó análisis bivariados entre las variables categóricas utilizando la prueba de chi-cuadrado ajustado por efecto de diseño o de Rao-Scott con respecto a la percepción sobre la desigualdad en el acceso a la salud. Además, se elaboró mapas del Perú con los paquetes “sp”, “sf”, “ggmap”, “ggdsn” y “ggspatial” de

georreferenciación en R Studio, basados en el porcentaje de encuestados por departamentos que consideraban que el acceso a la salud era muy desigual y se identificaban con algún grupo étnico (excluyendo a los que se identificaron como blancos). Las diferencias en la percepción sobre la desigualdad en el acceso a la salud entre los grupos étnicos se abordaron con modelos lineales generalizados de tipo Poisson que incluyeron el factor de ponderación utilizando la función “svyglm” para la estimación de la razón de prevalencia cruda (RP) y ajustada (RPa) por todas las demás variables siguiendo un criterio epidemiológico.

### **Aspectos Éticos**

El proceso de recolección de datos en la ENADES se desarrolló con el consentimiento informado de los encuestados. Los datos son recuperables en la plataforma del IEP y no incluyen información que permita identificar a los encuestados, por lo que no se solicitó la revisión por parte de un comité de ética para la ejecución del estudio.

## **RESULTADOS**

### **Características de los participantes**

De los 1,530 encuestados, casi la mitad eran mujeres (50.2%) y tenían una edad promedio de 40.0 años (95%IC: 39.23 – 40.73). El 38.2% vivía en Lima, el 59.4% residía en la región de la Costa, el 78.6% residía en áreas urbanas, el 48.9% contaba con educación técnica o universitaria y el 41.0% tenía educación secundaria. Sobre el nivel socioeconómico la tercera parte pertenecía al grupo C (32.9%), seguido por el grupo E (35.2%), el grupo D (22.0%), el grupo B (17.1%) y el grupo A (2.9%). El 60.5% tenía un trabajo en el momento de ser encuestados, el 52.2% manifestaba que su ingreso económico les alcanzaba para sus gastos, el 83.9% vivía en hogares con hacinamiento y el 48.6% tenía un hijo menor de 18 años. En cuanto a los grupos étnicos, el 62.0% de los encuestados se identificaba como mestizo, el 13.1% como quechua, el 10.2% como blancos, el 1.9% de la amazonia, el 1.5% como aimara, el 1.7% como negro, el 1.1% como mulato, el 1.1% como zambo, el 0.4% como oriental y el 7.1% como otro grupo étnico distintos.

**Tabla 1.** Características de los peruanos participantes de la ENADES de 2022 (n=1,530)

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%<sup>a</sup></b>	<b>95%<sup>a</sup> IC</b>
<b>Sexo</b>			
Femenino	770	50.2	47.6 - 52.8
Masculino	760	49.8	47.2 - 52.4
<b>Grupo etario</b>			
18 a 30 años	515	32.9	30.5 - 35.4
31 a 64 años	899	59.7	57.1 - 62.2
65 o más años	116	7.4	6.2 - 8.9
<b>¿Vive en la región de la capital?</b>			
No	938	61.8	59.2 - 64.3
Sí	592	38.2	35.7 - 40.8
<b>Región de residencia</b>			
Costa	924	59.4	56.8 - 61.9
Sierra	423	28.6	26.3 - 31.0
Selva	183	12.0	10.5 - 13.8
<b>Área de Residencia</b>			
Urbano	1,273	78.6	76.3 - 80.8
Rural	257	21.4	19.2 - 23.7
<b>Nivel de Educación</b>			
Sin educación o educación básica	138	10.2	8.7 - 11.9
Educación secundaria	586	40.9	38.4 - 43.6
Educación técnica o universitaria	806	48.9	46.3 - 51.5
<b>Nivel Socioeconómico</b>			
Grupo A	61	2.9	2.2 - 3.7
Grupo B	353	17.1	15.5 - 18.9
Grupo C	486	32.9	30.5 - 35.3
Grupo D	279	22.0	19.7 - 24.4
Grupo E	351	25.2	23.0 - 27.5
<b>¿Tiene un trabajo actualmente?</b>			
No	600	39.5	37.0 - 42.1
Sí	929	60.5	57.9 - 63.0
<b>¿Le alcanza su ingreso económico para sus gastos?</b>			
No	642	47.8	45.1 - 50.4
Sí	836	52.2	49.6 - 54.9
<b>¿En su hogar hay hacinamiento?</b>			
No	247	16.2	14.3 - 18.2
Sí	1,280	83.8	81.8 - 85.7
<b>¿Tiene hijo menor de 18 años?</b>			
No	816	51.4	48.8 - 54.0
Sí	713	48.6	46.0 - 51.2
<b>¿El acceso a la salud es muy desigual?</b>			
No	417	28.2	25.9 - 30.7
Sí	1,080	71.8	69.3 - 74.1
<b>¿Grupo étnico con el que se identifica?</b>			
Blanco	151	10.2	8.7 - 11.9
Mestizo	913	62.0	59.3 - 64.5
Pueblos originarios	220	16.5	14.5 - 18.6
Afroperuano	58	3.9	3.0 - 5.1
Otros	103	7.5	6.2 - 9.0

95%IC: Intervalo de Confianza al 95%.

<sup>a</sup>Estimado con el factor de ponderación de muestra compleja de la encuesta.



**Tabla 2.** Características de los peruanos participantes de la ENADES según la percepción sobre la desigualdad en el acceso a la salud en 2022 (n=1,497)

Características	¿Qué tan desigual es el acceso a la salud?				valor p <sup>b</sup>
	Acceso a la salud nada o poco desigual (N=417)		Acceso a la salud muy desigual (N=1,080)		
	N (% <sup>a</sup> )	95% <sup>a</sup> IC	N (% <sup>a</sup> )	95% <sup>a</sup> IC	
<b>Sexo</b>					
Femenino	210 (28.7)	25.5 - 32.2	544 (71.2)	67.8 - 74.5	0.668
Masculino	207 (27.7)	24.5 - 31.2	536 (72.3)	68.8 - 75.5	
<b>Grupo etario</b>					
18 a 30 años	178 (35.7)	31.5 - 40.2	331 (64.3)	59.8 - 68.5	<0.001
31 a 64 años	211 (24.6)	21.7 - 27.7	666 (75.4)	72.3 - 78.3	
65 o más años	28 (23.9)	16.8 - 32.8	83 (76.1)	67.2 - 83.2	
<b>¿Vive en Lima?</b>					
No	283 (31.1)	28.2 - 34.3	632 (68.9)	65.7 - 71.8	0.003
Sí	134 (23.6)	20.1 - 27.5	448 (76.4)	72.5 - 79.9	
<b>Región de residencia</b>					
Costa	235 (26.4)	23.5 - 29.5	673 (73.6)	70.5 - 76.5	0.175
Sierra	125 (30.7)	26.3 - 35.4	285 (69.3)	64.6 - 73.7	
Selva	57 (31.6)	25.1 - 38.8	122 (68.4)	61.2 - 74.9	
<b>Área de Residencia</b>					
Urbano	333 (26.7)	24.2 - 29.3	919 (73.3)	70.7 - 75.8	0.017
Rural	84 (34.2)	28.5 - 40.4	161 (65.8)	59.6 - 71.5	
<b>Nivel de Educación</b>					
Sin educación o educación básica	50 (38.3)	30.2 - 47.1	80 (61.7)	52.9 - 69.8	<0.001
Educación secundaria	186 (32.3)	28.5 - 36.4	385 (67.7)	63.6 - 71.5	
Educación técnica o universitaria	181 (22.9)	20.0 - 26.0	615 (77.1)	74.0 - 80.0	
<b>Nivel Socioeconómico</b>					
Grupo A	13 (20.9)	12.4 - 33.2	48 (79.1)	66.8 - 87.6	0.023
Grupo B	82 (24.3)	19.9 - 29.2	268 (75.7)	70.8 - 80.1	
Grupo C	126 (26.1)	22.6 - 30.2	353 (73.9)	69.8 - 77.7	
Grupo D	79 (28.7)	23.4 - 34.6	189 (71.3)	65.4 - 76.6	
Grupo E	117 (34.4)	29.4 - 39.7	222 (65.6)	60.3 - 70.6	
<b>¿Tiene un trabajo actualmente?</b>					
No	171 (29.5)	25.8 - 33.5	416 (70.5)	66.5 - 74.2	0.409
Sí	246 (27.5)	24.5 - 30.6	663 (72.5)	69.4 - 75.5	
<b>¿Le alcanza su ingreso económico para sus gastos?</b>					
No	175 (28.3)	24.8 - 32.1	447 (71.7)	67.9 - 75.2	0.713
Sí	222 (27.4)	24.3 - 30.6	606 (72.6)	69.4 - 75.7	
<b>¿En su hogar hay hacinamiento?</b>					
No	56 (22.2)	17.3 - 28.1	183 (77.8)	71.9 - 82.7	0.027
Sí	361 (29.5)	26.9 - 32.2	894 (70.5)	67.8 - 73.1	
<b>¿Tiene hijo menor de 18 años?</b>					
No	214 (27.4)	24.3 - 30.7	587 (72.6)	69.3 - 75.7	0.466
Sí	203 (29.2)	25.8 - 32.8	492 (70.8)	67.2 - 74.2	
<b>¿Grupo étnico con el que se identifica?</b>					
Blanco	55 (38.2)	30.4 - 46.5	95 (61.8)	53.5 - 69.6	0.062
Mestizo	226 (25.9)	23.0 - 29.0	671 (74.1)	71.0 - 77.0	
Pueblos originarios	62 (27.8)	22.2 - 34.3	151 (72.2)	65.7 - 77.8	
Afroperuano	17 (30.0)	19.2 - 43.6	39 (70.0)	56.4 - 80.8	
Otros	28 (27.1)	19.2 - 36.7	75 (72.9)	63.3 - 80.8	

**95%IC:** Intervalo de Confianza al 95%.

<sup>a</sup>Estimado con el factor de ponderación de muestra compleja de la encuesta.

<sup>b</sup>Valor p estimado con prueba de Rao-Scott.

### **Diferencias en la percepción sobre la desigualdad en el acceso a la salud**

Sobre la percepción de desigualdad en el acceso a la salud, el 71.7% manifestaba que el acceso a la salud para los peruanos era muy desigual (Tabla 1). Y en el análisis bivariado se encontró diferencias de proporciones según el grupo etario ( $p < 0.001$ ), el nivel de educación ( $p < 0.001$ ), el nivel socioeconómico ( $p = 0.023$ ), si vive en Lima (23.6% vs. 76.4%;  $p = 0.003$ ), reside en un área rural (34.2% vs. 65.8%;  $p = 0.017$ ) y si en su hogar hay hacinamiento (29.5% vs. 70.5%;  $p = 0.027$ ). Entre los grupos étnicos, no se encontró diferencia en las proporciones de percepción sobre desigualdades en el acceso a la salud ( $p = 0.062$ ) (Tabla 2).

El área y lugar de residencia modificaron la frecuencia sobre la percepción de desigualdad de acceso a la salud. Se encontró que, en el sur del país, seis de las once regiones tenían más del 70% de los encuestados que consideraban el acceso a la salud muy desigual. Por otro lado, el 74.4% en la región de la capital, que incluye Lima y el Callao, percibía un acceso a la salud muy desigual. Además, en los 24 departamentos evaluados más del 76,9% se identificó como parte de algún grupo étnico diferente al grupo blanco (Figura 1).

### **Diferencias en la percepción sobre la desigualdad en el acceso a la salud entre grupos étnicos**

De todos los que se identificaron con algún grupo étnico, el 72.3% percibían un acceso a la salud muy desigual. Mientras que, el 74.1% de los encuestados que se identificaron como mestizos percibían un acceso a la salud muy desigual, seguidos por el 72.9% que se identificaban como parte de otros grupos étnicos (orientales y otros). Contrariamente, el 3.6% de todos los participantes de la encuesta percibía un acceso a la salud nada desigual y este valor solo era superado por aquellos que se identificaban como parte del grupo blanco (10.7%) y afroperuano (3.9%). En cambio, aquellos que se identificaban como parte de los pueblos originarios solo el 1.6% percibía el acceso a la salud como nada desigual (Figura 2).

En el modelo ajustado para estimar la RPa, se encontró que la prevalencia de encuestados que tenían una percepción sobre el acceso a la salud muy desigual era mayor en aquellos que se identificaban como parte de los pueblos originarios (RPa: 1.19; 95%IC: 1.02 - 1.39;  $p = 0.025$ ) o del grupo étnico mestizo (RPa: 1.16; 95%IC: 1.02 - 1.33;  $p = 0.025$ ) al

compararlos con aquellos que se identificaban como parte del grupo blanco. Además, aquellos encuestados con educación técnica o universitaria (RPa: 1.22; 95%IC: 1.04 – 1.43;  $p=0.017$ ) tenían una mayor prevalencia de la percepción sobre el acceso a la salud muy desigual en comparación con aquellos encuestados sin educación o sólo educación básica. Mientras que aquellos encuestados con 18 a 30 años (RPa: 0.85; 95%IC: 0.75 – 0.97;  $p=0.014$ ) y con hacinamiento (RPa: 0.91; 95%IC: 0.84 – 0.99;  $p=0.035$ ) tenían una menor prevalencia de la percepción sobre el acceso a la salud muy desigual, en comparación con las demás categorías de cada variable. Otras características como el lugar y área de residencia no tuvieron una asociación estadísticamente significativa ( $p>0.140$ ) (Tabla 3).

PPA  
PUBLICACIÓN ANTICIPADA

**Tabla 3.** Modelo de regresión para estimar la prevalencia de la percepción sobre el acceso a la salud muy desigual entre los peruanos participantes de la ENADES de 2022

Características	Acceso a la salud muy desigual					
	Modelo Crudo (n=1,497)			Modelo Ajustado (n=1,377)		
	RP	95%IC	valor p <sup>a</sup>	RPa	95%IC	valor p <sup>a</sup>
<b>¿Grupo étnico con el que se identifica?</b>						
Blanco		<b>REF</b>			<b>REF</b>	
Mestizo	1.20	1.04 - 1.38	0.010	1.16	1.02 - 1.33	0.025
Pueblos originarios	1.17	1.00 - 1.36	0.052	1.19	1.02 - 1.39	0.025
Afroperuano	1.13	0.91 - 1.41	0.270	1.21	0.98 - 1.48	0.075
Otros	1.18	0.99 - 1.41	0.070	1.16	0.98 - 1.39	0.089
<b>Sexo</b>						
Femenino		<b>REF</b>			<b>REF</b>	
Masculino	1.02	0.95 - 1.08	0.668	0.99	0.92 - 1.06	0.783
<b>Grupo etario</b>						
65 o más años		<b>REF</b>			<b>REF</b>	
31 a 64 años	0.99	0.89 - 1.11	0.880	1.03	0.91 - 1.17	0.622
18 a 30 años	0.85	0.75 - 0.96	0.008	0.85	0.75 - 0.97	0.014
<b>¿Vive en Lima?</b>						
No		<b>REF</b>			<b>REF</b>	
Sí	1.11	1.04 - 1.19	0.002	1.07	0.98 - 1.17	0.140
<b>Región de residencia</b>						
Costa		<b>REF</b>			<b>REF</b>	
Sierra	0.94	0.87 - 1.02	0.132	1.04	0.94 - 1.15	0.460
Selva	0.93	0.83 - 1.04	0.188	1.01	0.89 - 1.15	0.841
<b>Área de Residencia</b>						
Urbano		<b>REF</b>			<b>REF</b>	
Rural	0.90	0.81 - 0.99	0.028	0.94	0.83 - 1.06	0.294
<b>Nivel de Educación</b>						
Sin educación o educación básica		<b>REF</b>			<b>REF</b>	
Educación secundaria	1.10	0.94 - 1.27	0.229	1.06	0.91 - 1.24	0.448
Educación técnica o universitaria	1.25	1.08 - 1.44	0.002	1.22	1.04 - 1.43	0.017
<b>Nivel Socioeconómico</b>						
Grupo A		<b>REF</b>			<b>REF</b>	
Grupo B	0.96	0.83 - 1.11	0.558	0.93	0.80 - 1.08	0.335
Grupo C	0.94	0.81 - 1.08	0.354	0.93	0.81 - 1.08	0.357
Grupo D	0.90	0.77 - 1.05	0.185	0.95	0.80 - 1.12	0.511
Grupo E	0.83	0.71 - 0.97	0.017	0.93	0.77 - 1.12	0.465
<b>¿Tiene un trabajo actualmente?</b>						
No		<b>REF</b>			<b>REF</b>	
Sí	1.03	0.96 - 1.10	0.413	0.98	0.91 - 1.06	0.610
<b>¿Le alcanza su ingreso económico para sus gastos?</b>						
No		<b>REF</b>			<b>REF</b>	
Sí	1.01	0.95 - 1.08	0.714	0.97	0.89 - 1.05	0.422
<b>¿En su hogar hay hacinamiento?</b>						
No		<b>REF</b>			<b>REF</b>	
Sí	0.91	0.84 - 0.98	0.015	0.91	0.84 - 0.99	0.035
<b>¿Tiene hijo menor de 18 años?</b>						
No		<b>REF</b>			<b>REF</b>	
Sí	0.98	0.91 - 1.04	0.467	0.97	0.90 - 1.05	0.455

**RP:** Razón de Prevalencia cruda, **RPa:** Razón de Prevalencia ajustado por las demás variables del modelo, **95%IC:** Intervalo de Confianza al 95%, **REF:** Categoría utilizada como referencia para estimar la medida de asociación en la otra categoría.

<sup>a</sup>Valor p estimado con modelo lineal generalizado de tipo Poisson que incluyó el factor de ponderación de la muestra compleja de la encuesta

## DISCUSIÓN

El estudio tuvo como objetivo evaluar las diferencias en la percepción sobre la desigualdad en el acceso a la salud, según el grupo étnico con el que se identifican los participantes de una encuesta nacional con una muestra representativa de adultos peruanos. Se encontró que siete de cada diez encuestados percibían que el acceso a la salud era muy desigual. Esta proporción era homogénea entre la mayoría de los grupos étnicos, con excepción de los que se identificaban como parte del grupo blanco. En este grupo solo seis de cada diez percibían que el acceso a la salud era muy desigual y uno de cada diez percibía que el acceso a la salud era nada desigual.

Se encontró que hay diferencias en la prevalencia de la percepción sobre la desigualdad en el acceso a la salud entre los grupos étnicos (pueblos originarios o mestizo vs. blancos). Esto se puede explicar en parte por los antecedentes históricos de discriminación en el Perú que se perpetúan hacia los pueblos originarios y afrodescendientes (10,11). Y aunque no existen muchas investigaciones que evalúen la desigualdad en el acceso a la salud entre distintos grupos étnicos en el contexto sudamericano o peruano, algunos estudios en Europa y Estados Unidos brindan evidencias sobre cómo la población que se identifica como parte de grupos étnicos específicos (latinos, afroamericanos o nativos) tienen una mayor percepción sobre necesidades de salud no satisfechas, malos tratos en la atención y menores tasas de afiliación a un seguro de salud, lo que se asocia con menores probabilidades de acceso a servicios de salud (18,19). Estas diferencias en la percepción sobre el acceso a la salud puede ser un reflejo de experiencias previas de maltrato e insatisfacción en la atención sanitaria que podrían determinar la falta de búsqueda de servicios de salud (20-22). Asimismo, las barreras en el acceso a la salud se podrían expresar a través de la falta de servicios en idiomas originarios, cercanos a la localización de comunidades indígenas, además de la deficiencia de implementación de prácticas interculturales en el sistema de salud (23-25).

Adicionalmente, al evaluar la distribución por departamentos se encontró una relación entre el porcentaje de adultos que forman parte de un grupo étnico diferente al grupo blanco y la percepción sobre el acceso a la salud muy desigual (Figura 1); es decir, se encontró una relación entre la etnicidad y la percepción de desigualdad en el acceso a la salud asociadas al lugar de residencia (26,27). Esto podría explicarse por la ubicación

histórica de algunos grupos étnicos, que puede convertirse en brechas geográficas por el centralismo de los servicios sanitarios y la dificultad de desplazarse en búsqueda de un mejor servicio de salud para aquellos con menores ingresos en el Perú (28,29). Además, algunos grupos étnicos podrían preferir no buscar atención sanitaria por la exposición a prácticas de discriminación y maltrato de las que pueden ser víctimas fuera de su lugar de residencia (30,31). Sin embargo, en el modelo ajustado el vivir en la región de la capital no tuvo un efecto estadísticamente significativo en la percepción sobre la desigualdad en acceso a la salud. Así se daría indicios sobre cómo las desigualdades étnicas relacionadas con el acceso a la salud pueden persistir incluso en regiones donde existe una mayor cantidad y variedad de servicios de salud (32).

Por otro lado, aquellos encuestados con 18 a 30 años tenían una menor prevalencia de la percepción sobre el acceso a la salud muy desigual, en comparación con los encuestados que tenían 65 años o más. Los adultos mayores son un grupo particularmente vulnerable, ya que tienen mayor predisposición a enfermedades crónicas y tienen mayores barreras en el acceso a la salud (33). Además, se identificó una mayor prevalencia de la percepción sobre el acceso a la salud muy desigual en aquellos encuestados que tenían educación técnica o universitaria al compararlos con los encuestados que no tenían educación o solo tenían educación básica. Esto se podría explicar porque aquellos adultos peruanos encuestados con mayor nivel educativo pueden identificar con mayor facilidad las desigualdades en el acceso a la salud, aunque no las experimenten de igual forma que aquellos peruanos sin formación académica (34-36). Sin embargo, también se identificó que aquellos adultos que vivían con tres o más personas en su hogar tenían una menor prevalencia de la percepción sobre el acceso a la salud muy desigual. En este caso al convivir con más personas podría incrementar las posibilidades de que alguna de ellas tenga acceso a algún servicio de salud (37). Y, debido a que la encuesta se desarrolló luego de los peores momentos de la pandemia por la COVID-19, los encuestados pueden haber tenido más oportunidades para acceder a algún servicio de salud relacionado con las políticas para controlar la pandemia (38).

El estudio tiene ciertas limitaciones debido a su enfoque como análisis secundario de la ENADES, debido a que se desarrolló con llamadas telefónicas hubo poca cantidad de participantes en algunas regiones que podría condicionar a una subestimación o sobrestimación de la percepción sobre la desigualdad en el acceso a la salud. Además, el

sesgo de deseabilidad social podría afectar las estimaciones ya que los participantes podrían haber respondido de una forma diferente a lo experimentado para acercarse a lo que se considere socialmente aceptable (39). Asimismo, la evaluación de la percepción sobre desigualdad en el acceso a la salud puede estar basada tanto en experiencias propias como las de algún conocido, algo podría sobrerrepresentar las desigualdades en el acceso a la salud, aunque ayude en la aproximación de la magnitud de las desigualdades en el acceso a la salud en el contexto peruano. Aunque la forma de medición de las variables también puede dificultar la generalización de los resultados en el estudio ya que en algunas preguntas se utilizó un formato de respuesta en escala de Likert variable con tres, cuatro o incluso diez opciones de respuesta lo que podría haber desorientado a los encuestados y en algunos casos limitar la expresión más precisa de sus percepciones sobre la desigualdad en diferentes ámbitos como la salud por tener un menor rango de opciones para responder (16).

En conclusión, se encontró que siete de cada diez adultos peruanos encuestados percibían un acceso a la salud muy desigual y esta percepción era mayor entre aquellos que se identificaban como parte de algunos grupos étnicos específicos como los pueblos originarios (quechua, aimara o de la amazonia) y mestizos al compararlos con aquellos que se identificaban como blancos, donde solo seis de cada diez de los encuestados percibían un acceso a la salud muy desigual y uno de cada diez percibía que el acceso a la salud era nada desigual. En este sentido el estudio brinda una aproximación a la magnitud de las desigualdades étnicas en el acceso a la salud, pero debido a algunas limitaciones es necesario el desarrollo de más estudios con enfoques cuantitativos y cualitativos que permitan abordar de mejor forma los determinantes sociales de la salud, que en situaciones de deficiencia se convierten en brechas que incrementan las desigualdades en el acceso al sistema de salud y limitan la posibilidad de algunos grupos étnicos de alcanzar un estado completo de bienestar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Essink-Bot M, Lamkaddem M, Jellema P, et al. Interpreting ethnic inequalities in healthcare consumption: a conceptual framework for research. *European Journal of Public Health*. Diciembre de 2012;23(6):922-6. doi: 10.1093/eurpub/cks170.
- 2.- Wheeler S, Bryant A. Racial and Ethnic Disparities in Health and Health Care. *Obstet Gynecol Clin North Am*. Marzo de 2017;44(1):1-11. doi: 10.1016/j.ogc.2016.10.001.
- 3.- FRA – European Union Agency for Fundamental Rights. Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare: Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2013; Marzo de 2013. ISBN: 978-92-9239-022-8. doi: 10.2811/17523.
- 4.- Leipziger L. Measuring Ethnic Inequality: An Assessment of Extant Cross-National Indices. *British Journal of Political Science*. Junio de 2022;53(2):652-673. doi: 10.1017/S000712342200014X.
- 5.- National Research Council (US) Panel on DHHS Collection of Race and Ethnic Data, Ploeg M, Perrin E. Measuring Race, Ethnicity, Socioeconomic Position, and Acculturation. *Eliminating Health Disparities: Measurement and Data Needs*. Washington (DC): National Academies Press (US). 2004. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK215755/>.
- 6.- Singh G, Lee H. Trends and Racial/Ethnic, Socioeconomic, and Geographic Disparities in Maternal Mortality from Indirect Obstetric Causes in the United States, 1999-2017. *Int J MCH AIDS*. Diciembre de 2020;10(1):43-54. doi: 10.21106/ijma.448.
- 7.- Paulino N, Sandín M, Bolívar F. Indigenous language and inequitable maternal health care, Guatemala, Mexico, Peru and the Plurinational State of Bolivia. *Bull World Health Organ*. Enero de 2019;97(1):59-67. doi: 10.2471/BLT.18.216184.
- 8.- Mesenburg M, Restrepo-Mendez M, Amigo H, Baladrán A, Barbosa-Verdun M, Caicedo-Velásquez B, et al. Ethnic group inequalities in coverage with reproductive, maternal and child health interventions: cross-sectional analyses of national surveys in 16 Latin American and Caribbean countries. *Lancet Global Health*. Agosto de 2018;6(8):e902-e913. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30300-0



- 9.- Armenta-Paulino N, Castelló A, Sandín M, Bolúmar F. How the choice of ethnic indicator influences ethnicity-based inequities in maternal health care in four Latin American countries: who is indigenous?. *Int J Equity Health*. Marzo de 2020;19(1):31. doi: 10.1186/s12939-020-1136-6
- 10.- Cotler J, Cuenca R. Las desigualdades en el Perú: balances críticos. Serie Estudios sobre Desigualdad, 2. Instituto de Estudios Peruanos. Noviembre de 2011. ISBN: 978-9972-51-332-0. Disponible en: <https://repositorio.iep.org.pe/bitstream/handle/IEP/597/estudiosobredesigualdad2.pdf;jsessionid=3AAB7574378717102CE3E79E8A0BA11D?sequence=2>.
- 11.- Thorp R, Paredes M. La etnicidad y la persistencia de la desigualdad: El caso peruano. Instituto de Estudios Peruanos. Noviembre de 2011. ISBN: 978-9972-51-323-7. Disponible en: <https://www.repositorio.iep.org.pe/bitstream/handle/IEP/602/estudiosobredesigualdad3.pdf?sequence=2>.
- 12.- Valdivia M. Sobre los determinantes étnico-culturales de la inequidad en salud materno-infantil en el Perú. *Salud, interculturalidad y comportamientos de riesgo: GRADE*. 2011. pág. 85-118. Disponible en: [https://alertacontraelracismo.pe/sites/default/files/archivos/investigacion/Sobre-los-determinantes-e-%CC%81tnico-culturales-de-la-inequidad-en-salud\\_0.pdf](https://alertacontraelracismo.pe/sites/default/files/archivos/investigacion/Sobre-los-determinantes-e-%CC%81tnico-culturales-de-la-inequidad-en-salud_0.pdf).
- 13.- del Pino S, Coates A, Guzmán J, Gómez-Salgado J, Ruiz-Frutos C. Política sobre etnicidad y salud: Construyendo soluciones equitativas frente a las desigualdades étnicas. *Revista Española de Salud Pública*. Septiembre de 2018;92:e1-e7. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v92/1135-5727-resp-92-e201809059.pdf>.
- 14.- Salaverry O. Interculturalidad en salud. *RPMESP*. Marzo de 2010;27(1):80-93. doi: 10.17843/rpmesp.2010.271.1448.
- 15.- Nazroo J. The Structuring of Ethnic Inequalities in Health: Economic Position, Racial Discrimination, and Racism. *Am J Public Health*. Febrero de 2003;93(2):277-284. doi: 10.2105/ajph.93.2.277.

- 16.- Organización Panamericana de la Salud. Equidad en la atención en salud en Perú. 2005-2015. Octubre de 2017. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34357/OPSPER17024\\_spa.pdf?sequ](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34357/OPSPER17024_spa.pdf?sequ).
- 17.- Instituto de Estudios Peruanos, Oxfam. Encuesta Nacional de Percepción de Desigualdades - ENADES 2022. Agosto de 2022. Disponible en: <https://peru.oxfam.org/ENADES-2022>.
- 18.- Shepherd S, Willis-Esqueda C, Paradies Y, et al. Racial and cultural minority experiences and perceptions of health care provision in a mid-western region. *Int J Equity Health*. Marzo de 2018;17(33):1-10. doi: 10.1186/s12939-018-0744-x
- 19.- Rosano A, Ronda E, Iadevaia V, et al. Health self-perception and access to health services among migrants: Aldo Rosano. *European Journal of Public Health*. Octubre de 2015;25(suppl\_3):335. doi: 10.1093/eurpub/ckv175.161
- 20.- Flores G, Tomany-Korman S. Racial and ethnic disparities in medical and dental health, access to care, and use of services in US children. *Pediatrics*. Febrero de 2008;121(2):e286–e298. doi: 10.1542/peds.2007-1243
- 21.- D'Anna L, Hansen M, Mull B, et al. Social Discrimination and Health Care: A Multidimensional Framework of Experiences among a Low-Income Multiethnic Sample. *Social work in public health*. Febrero de 2018;33(3):187–201. doi: 10.1080/19371918.2018.1434584
- 22.- Mahabir D, O'Campo P, Lofters A, et al. Classism and Everyday Racism as Experienced by Racialized Health Care Users: A Concept Mapping Study. *International journal of health services: planning, administration, evaluation*. Mayo de 2021;51(3):350–363. doi: 10.1177/002073142111014782
- 23.- Nureña C. Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. *Rev Panam Salud Publica*. Diciembre de 2009;26(4):388-376. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2009.v26n4/368-376/es>.
- 24.- Vincx L, Geyseis L. Enfoques de género e interculturalidad en salud: una metodología para cubrir la necesidad de su apropiación sostenible en el Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*. Marzo de 2019;80(1):92-97. doi: 10.15381/anales.v80i1.15709.

- 25.- Organización Panamericana de la Salud. Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. OPS/FCH/CH/08/02.E. 2008. ISBN: 92 75 32607 X. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/54-VisionSaludInterculturalPI.pdf>.
- 26.- Downey L. Spatial Measurement, Geography, and Urban Racial Inequality. Social Forces. Marzo de 2003;81(3):937-952. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/3598181>.
- 27.- Lympelopoulou K, Finney N. Socio-spatial factors associated with ethnic inequalities in districts of England and Wales, 2001–2011. Urban Studies. Julio de 2016;54(11):2540-2560. doi: 10.1177/0042098016653725.
- 28.- Swift E. GEOGRAPHY AND DISPARITIES IN HEALTH CARE. Guidance for the National Healthcare Disparities Report. Washington (DC): National Academies Press (US). 2002. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK221045/>.
- 29.- Alcalde-Rebanal J, Lazo-González O, Nigenda G. Sistema de salud de Perú. Salud Pública de México. Septiembre de 2011;53(2):S423-S254. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/106/10619779019.pdf>.
- 30.- Huayhua M. Discriminación y exclusión: políticas públicas de salud y poblaciones indígenas. Instituto de Estudios Peruanos, Documento de Trabajo 147. Serie Sociología y Política. Marzo de 2006. Disponible en: <http://repositorio.iep.org.pe/handle/IEP/790>.
- 31.- Valdivia N. La discriminación en el Perú y el caso de la Salud: resultados de un estudio cualitativo sobre la atención a pacientes en una microrred del Valle del Mantaro. Taller de investigación: Discriminación y Políticas Públicas en el Perú. GRADE. Junio de 2010. pág. 4 a 35. Disponible en: [https://alertacontraelracismo.pe/sites/default/files/archivos/investigacion/La%20discriminaci%C3%B3n%20en%20el%20Per%C3%BA%20y%20el%20caso%20de%20la%20Salud\\_%20resultados%20de%20un%20estudio%20cualitativo%20sobre%20la%20atenci%C3%B3n%20a%20pacientes.pdf](https://alertacontraelracismo.pe/sites/default/files/archivos/investigacion/La%20discriminaci%C3%B3n%20en%20el%20Per%C3%BA%20y%20el%20caso%20de%20la%20Salud_%20resultados%20de%20un%20estudio%20cualitativo%20sobre%20la%20atenci%C3%B3n%20a%20pacientes.pdf).
- 32.- Caraballo C, Massey D, Mahajan S, et al. Racial and Ethnic Disparities in Access to Health Care Among Adults in the United States: A 20-Year National Health Interview

Survey Analysis, 1999–2018. medRxiv [Preprint]. Noviembre de 2020. doi: 10.1101/2020.10.30.20223420.

33.- Anderson G, Horvath J. The Growing Burden of Chronic Disease in America. Public Health Rep. Junio de 2004;119(3):263-270. doi: 10.1016/j.phr.2004.04.005.

34.- Sánchez-Moreno F. La inequidad en salud afecta el desarrollo en el Perú. RPMESP. Diciembre de 2013;30(4):676-682. doi: 10.17843/rpmesp.2013.304.251

35.- Cuenca R, Urrutia C. Explorando las brechas de desigualdad educativa en el Perú. Revista mexicana de investigación educativa. Diciembre de 2019;24(81):431-461. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/rmie/v24n81/1405-6666-rmie-24-81-431.pdf>.

36.- Sastre M, Terol M, Zoni A, et al. Tomando conciencia sobre las desigualdades sociales en la salud infantil. Pediatría Atención Primaria. Septiembre de 2016;18(71):203-208. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v18n71/1139-7632-pap-18-71-00203.pdf>.

37.- Nkosi V, Haman T, Naicker N, et al. Overcrowding and health in two impoverished suburbs of Johannesburg, South Africa. BMC Public Health. Octubre de 2019;19(1):1358. doi: 10.1186/s12889-019-7665-5.

38.- Núñez A, Sreeganga S, Ramaprasad A. Access to Healthcare during COVID-19. Int J Environ Res Public Health. Marzo de 2021;18(6):2980. doi: 10.3390/ijerph18062980.

39.- Hernández-Avila M, Garrido F, Salazar-Martínez E. Sesgos en estudios epidemiológicos. Salud Pública de México. Octubre de 2000;42(5):438-446. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2000.v42n5/438-446/es>.

## ANEXOS

**Anexo 1.** Descripción de las variables utilizadas de la ENADES para el estudio

Variable	Código en ENADES	Categorías de Respuesta
Sexo	sexo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Femenino</li> <li>• Masculino</li> </ul>
Grupo etario	edad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 18 a 30 años</li> <li>• 31 a 64 años</li> <li>• 65 o más años</li> </ul>
Región de residencia	región	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costa</li> <li>• Sierra</li> <li>• Selva</li> </ul>
Área de residencia	area2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rural</li> <li>• Urbano</li> </ul>
Nivel de educación	edu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin educación o educación básica</li> <li>• Educación secundaria</li> <li>• Educación técnica o universitaria</li> </ul>
Nivel socioeconómico	NSE1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupo A (mayor nivel socioeconómico)</li> <li>• Grupo B</li> <li>• Grupo C</li> <li>• Grupo D</li> <li>• Grupo E (menor nivel socioeconómico)</li> </ul>
Alcanza el ingreso económico	ABq10d	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí</li> <li>• No</li> </ul>
Existe hacinamiento en su hogar	hogar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí (Viven tres personas o más)</li> <li>• No</li> </ul>
Grupo étnico	etnicidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Blanco</li> <li>• Mestizo</li> <li>• Pueblo originario (quechua, aimara o de la amazonia)</li> <li>• Afroperuano (negro, mulato o zambo)</li> <li>• Otros (oriental u otra)</li> </ul>
Percepción sobre la desigualdad en el acceso a la salud	p11_2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nada o poco desigual</li> <li>• Muy desigual</li> </ul>

**ENADES:** Encuesta Nacional de Percepción de Desigualdades