

Lengua materna y gastos en salud en Perú: análisis de descomposición según la Encuesta Nacional de Hogares, 2022-2023

Native language and health expenditures in Peru: a decomposition analysis based on the national household survey, 2022-2023

Andrés Campaña-Acuña^{1,2,a}, Karen Arcela-Delgado^{3,b}, Claudia Benavides-Luyo^{1,4,c}, Rosemary López-Vidal^{5,c}

¹ Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima, Perú

² Universidad Internacional de la Rioja. España

³ Facultad de Medicina Humana, Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú

⁴ Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú

⁵ Universidad Científica del Sur. Lima, Perú

^a Licenciado analista de datos, Magister en inteligencia artificial

^b Estudiante de medicina

^c Médica cirujana

Resumen

Introducción: El gasto en salud pueden variar significativamente según la lengua materna. **Objetivos:** Analizar desigualdades en el gasto en salud según lengua materna en hogares peruanos no asegurados. **Métodos:** Estudio observacional, transversal y analítico con datos de la Encuesta Nacional de Hogares 2022–2023. Se incluyeron hogares cuyo jefe no tenía seguro de salud, diferenciando entre aquellos con lengua materna castellana, quechua, aymara u otra lengua originaria del Perú. Se analizaron el gasto de bolsillo en salud, la composición del gasto y el gasto en medicamentos e insumos, siguiendo la metodología de la Organización Mundial de la Salud. Se aplicó una descomposición de Blinder–Oaxaca, junto con análisis. Se aplicaron factores de ponderación y deflactación. **Resultados:** El 19,5 % de hogares analizados tenía lengua originaria como lengua materna. Los hogares no castellanohablantes reportaron menor gasto en salud ($p<0,001$) y en medicamentos ($p<0,001$). La brecha en gasto total se explicó en un 92,7 % por variables como el quintil de ingresos y enfermedades crónicas. En la composición del gasto, la diferencia fue reducida y en un 71,0 % no explicada. La brecha en medicamentos se explicó en un 69,0 %, siendo el año y el quintil de ingresos los principales factores. **Conclusión:** Se identificaron desigualdades en el gasto de bolsillo en salud según lengua materna. Aunque los hogares castellanohablantes gastan más, los de lengua originaria destinan proporcionalmente más de sus ingresos. Estas diferencias responden, en su mayoría, a factores estructurales como el ingreso, las enfermedades crónicas y el año de la encuesta.

Palabras clave: Gastos en salud; lenguaje; vivienda; estudio observacional (Fuente: DeCS BIREME).

Abstract

Introduction: Health expenditures can vary significantly according to maternal language. **Objectives:** To analyze inequalities in health spending by maternal language among uninsured Peruvian households. **Methods:** Observational, cross-sectional, and analytical study using data from the 2022–2023 National Household Survey. The sample included households whose head had no health insurance, distinguishing between those whose maternal language was Spanish and those who spoke Quechua, Aymara, or another Indigenous language of Peru. Out-of-pocket health expenditure, expenditure composition, and spending on medicines and supplies were analyzed following the methodology of the World Health Organization. A Blinder–Oaxaca decomposition was applied, along with descriptive analyses. Weighting and deflation factors were also applied. **Results:** Among the households analyzed, 19.5 % reported an Indigenous language as the maternal language. Non-Spanish-speaking households reported lower health spending ($p<0.001$) and lower spending on medicines ($p<0.001$). The total spending gap was 92.7 % explained by variables such as income quintile and chronic illnesses. In terms of expenditure composition, the difference was smaller, with 71.0 % unexplained. The gap in medicine spending was 69.0 % explained, with year and income quintile being the main contributing factors. **Conclusion:** Inequalities in out-of-pocket health spending were identified according to maternal language. Although Spanish-speaking households spend more in absolute terms, Indigenous-language households allocate a greater share of their income to health. These differences are largely explained by structural factors such as income, chronic illness, and survey year.

Keywords: Health expenditures; language; housing; observational study (Source: MeSH NLM).

ARTÍCULO ORIGINAL AO

DOI: [10.26722/rpmi.2025.v10n1.820](https://doi.org/10.26722/rpmi.2025.v10n1.820)

Información del artículo

Fecha de recibido

14 de febrero del 2025

Fecha de aprobado

28 de marzo del 2025

Correspondencia

Claudia Benavides Luyo

claudia.benavides@upch.pe

Conflictos de interés

Los autores declaran no presentar conflictos de interés.

Contribuciones de autoría

ACA: Metodología, supervisión, validación, visualización, redacción - revisión y edición. KAD: Conceptualización, investigación, análisis formal, redacción - borrador original. CBL: Metodología, supervisión, validación, visualización, redacción - revisión y edición. RL: Conceptualización, investigación, análisis formal, redacción - borrador original. Todos los autores aprobaron la versión final a publicar.

Financiamiento

Autofinanciado.

Citar como

Campaña-Acuña A, Arcela-Delgado K, Benavides-Luyo C, López-Vidal R. Lengua materna y gastos en salud en el Perú en no asegurados: análisis de descomposición según la Encuesta Nacional de Hogares, 2022-2023. Rev Per Med Integr. 2025;25(1):9-18.

doi:[10.26722/rpmi.2025.v10n1.820](https://doi.org/10.26722/rpmi.2025.v10n1.820)

Introducción

Las desigualdades étnicas en salud constituyen un fenómeno persistente y ampliamente documentado tanto a nivel global como regional. Diversos estudios han evidenciado que las poblaciones indígenas enfrentan barreras estructurales significativas en el acceso a servicios de salud, las cuales están vinculadas a factores como la pobreza, la discriminación sistémica, las brechas lingüísticas y culturales, y la exclusión histórica de sus sistemas médicos tradicionales [1,2]. En América Latina, estas desigualdades se manifiestan en peores indicadores de salud materna e infantil, menor cobertura de aseguramiento, y menor utilización de servicios de salud entre las poblaciones indígenas en comparación con sus pares no indígenas [3,4].

En el Perú, estas inequidades son especialmente evidentes en relación con la lengua materna. Estudios como el de Ramos Rosas E *et al.* mostraron que el 25,3 % de las mujeres en edad reproductiva no tenían seguro de salud, siendo más frecuente esta condición entre mujeres indígenas, rurales y con bajo nivel educativo [5]. Uno de los estudios más recientemente realizados que abordan este tema, el de Benites-Meza JK *et al.* [6] en el 2023, se centró en las disparidades étnicas en el gasto de bolsillo en medicamentos. Usando datos de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud (ENSUSALUD) 2014–2016, identificaron que las personas que hablaban quechua u otro idioma indígena presentaban, en promedio, un menor gasto en medicamentos. No obstante, el análisis de descomposición Blinder-Oaxaca reveló que la mayor parte de esta diferencia no se explicaba por variables observadas, lo que sugiere la presencia de barreras estructurales más complejas [7,8].

Este estudio se diferencia en varios aspectos metodológicos y conceptuales. Mientras Benites-Meza JK *et al.* [6] utilizaron variables referidas al centro de salud y características demográficas, en la presente investigación se incorporan además variables económicas y del propio hogar. Asimismo, el análisis se realiza a nivel de hogares no asegurados, no de individuos, lo cual permite explorar dinámicas distintas y captar con mayor precisión situaciones de exclusión económica y social en el contexto doméstico.

El objetivo de este estudio es analizar las desigualdades en el gasto en salud según lengua materna en hogares peruanos no asegurados, utilizando la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 2022–2023, mediante un análisis de descomposición.

Metodología

Diseño y área de estudio

Se realizó un estudio observacional, transversal, retrospectivo y analítico, utilizando como fuente de información la base de datos de la ENAHO del Perú correspondiente al periodo 2022–2023. La ENAHO es ejecutada anualmente por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y tiene representatividad nacional, regional y por la Provincia Constitucional del Callao.

Población y muestra

La población del estudio incluyó todos los hogares peruanos registrados en la ENAHO entre los años 2022 y 2023. La unidad de análisis fue el hogar, considerando exclusivamente aquellos cuyo jefe de hogar no contaba con ningún tipo de seguro de salud. La encuesta se estructura bajo un diseño muestral probabilístico bietápico: en la primera etapa se seleccionan aleatoriamente conglomerados geográficos y, en la segunda, los hogares dentro de cada conglomerado. La recolección de datos se realiza mediante entrevistas presenciales con cuestionarios previamente validados, que abarcan temas sobre características demográficas, condiciones de vida, patrones de gasto y variables socioeconómicas. Se excluyeron del análisis los hogares cuyo jefe de hogar reportó como lengua materna algún idioma extranjero.

Variables e instrumentos

La variable de diferenciación fue la lengua materna del jefe del hogar, basada en la variable p300a de la ENAHO. Para este estudio, se clasificaron los hogares en dos grupos: aquellos cuyo jefe de hogar declaró el castellano como lengua materna (código 0) y aquellos cuyo jefe de hogar declaró como lengua materna el quechua, aymara u otra lengua originaria del Perú (código 1).

Las variables de respuesta fueron: gasto de bolsillo en salud, composición del gasto de bolsillo en salud, y gasto de bolsillo en medicamentos e insumos, cada una de estas fue analizada de forma independiente. Estas se calcularon siguiendo la metodología propuesta por Xu K [9] en el 2005, para la Organización Mundial de la Salud (OMS), incorporando además los factores de deflatación proporcionados por el INEI para estandarizar los valores a soles reales del año 2023, siendo específicos por región y dominio geográfico (Lima Metropolitana, Costa, Sierra y Selva). Se consideraron ajustes según zona geográfica y tipo de bien consumido, utilizando las variables p414_01 a p414_16 para los diferentes tipos de gastos, y p601a para el control de gastos

en bebidas alcohólicas. Cada tipo de gasto se recoge con distinta periodicidad, incluyendo gastos por consultas, medicamentos, análisis, rayos X, hospitalizaciones, partos, servicios dentales y oftalmológicos, entre otros.

Las covariables se agruparon en factores individuales y contextuales. A nivel del jefe de hogar se consideraron: edad (p208a), sexo (p207), nivel educativo (p301a, clasificado en cinco niveles), y año de la encuesta. A nivel del hogar se incluyeron: quintil de ingreso (inghog2d), número total de miembros del hogar, número de niños de cinco años o menos (p208a≤5), número de adultos de 65 años o más (p208a≥65), número de personas con enfermedades crónicas (p401), tipo de piso (p103), tipo de combustible utilizado para cocinar (p1131, p1132 y p1133), y acceso a red pública de agua potable (p110=1 o p110=2); estas variables fueron seleccionadas por su respaldo en la literatura como determinantes clave del gasto en salud, considerando tanto características individuales como condiciones del entorno del hogar [6,9]. Se aplicó el factor de ponderación muestral (factor07) provisto por el INEI, con el fin de mantener la representatividad del diseño complejo de la encuesta, aunque sin considerar el muestreo complejo dado que no es posible su implementación en Oaxaca-Blinder, dado que la descomposición no ha sido demostrada en este tipo de escenarios.

Procedimientos

La base de datos es de acceso público y se encuentra disponible en la plataforma "Microdatos" del sitio oficial del INEI (<https://proyectos.inei.gob.pe/microdatos/>), con todos los registros debidamente anonimizados desde su origen, filtrando por variables con valores faltantes. Los datos fueron descargados directamente del sitio web del INEI. Posteriormente, se procesaron y analizaron empleando los lenguajes de programación Stata 16 y Python 3.11.6.

Análisis estadístico

Para el análisis descriptivo, las variables categóricas se resumieron mediante frecuencias absolutas y relativas, comparándose entre grupos mediante la prueba de chi cuadrado. Las variables continuas se expresaron como medias y desviaciones estándar con pruebas de comparación de medias. Para variables de conteo, se utilizaron medianas y rangos intercuartílicos, empleando la prueba de Wilcoxon. Se estableció un nivel de significancia del 5 % (valor de $p < 0,05$).

El análisis principal consistió en una descomposición de Blinder-Oaxaca [7,8] para evaluar las diferencias en el gasto de bolsillo en salud entre hogares según lengua materna del jefe del hogar. Este enfoque, comúnmente utilizado en economía, permite descomponer una diferencia promedio en dos componentes:

$$\text{Diferencia (gap)} = \Delta = \bar{Y}_A - \bar{Y}_B = \underbrace{(\bar{X}_A - \bar{X}_B) \cdot \beta_B}_{\text{Explicado}} + \underbrace{\bar{X}_B \cdot (\beta_A - \beta_B)}_{\text{No explicado}}$$

el explicado por características observables (dotación de recursos o variables independientes) y el no explicado (coeficientes o betas), que puede interpretarse como resultado de diferencias en cómo las características afectan el desenlace. Se aplicó la versión clásica de dos partes (2-part decomposition), donde la diferencia en el resultado se separa en la parte atribuible a diferencias en características y la parte atribuible a diferencias en los efectos de esas características. Además, se desarrolló como análisis complementario una descomposición en tres partes (3-part decomposition),

$$\text{Diferencia (gap)} = \Delta = \bar{Y}_A - \bar{Y}_B = \underbrace{(\bar{X}_A - \bar{X}_B) \cdot \beta_B}_{\text{Dotación}} + \underbrace{\bar{X}_B \cdot (\beta_A - \beta_B)}_{\text{Coeficientes}} + \underbrace{(\bar{X}_A - \bar{X}_B)(\beta_A - \beta_B)}_{\text{Interacción}}$$

que incluye un término de interacción entre dotación y coeficientes. Ambos análisis se ejecutaron utilizando el módulo "oaxaca" en Stata 16, mientras que los gráficos descriptivos se desarrollaron con Python 3.11.6.

Aspectos éticos

Este estudio no requirió aprobación por un comité de ética, dado que se utilizaron datos secundarios de acceso público, totalmente anonimizados y disponibles para libre uso por cualquier investigador a través de la página oficial del INEI.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se observa que, de la muestra total de 6,616 hogares con un jefe de hogar sin ningún seguro, el 19,5% tenía como lengua materna una diferente al castellano. Se observa que el grupo no castellano presenta un gasto de bolsillo en salud significativamente menor que el grupo castellano (135,2 vs. 181,0 soles; $p < 0,001$), aunque la composición del gasto en salud es ligeramente mayor (6,0% vs. 5,8%). En cuanto al gasto en medicamentos e insumos, también es menor en el grupo no castellano (45,2 vs. 63,2 soles; $p < 0,001$).

La Figura 1 muestra los promedios del gasto de bolsillo en salud de los hogares no asegurados, según la lengua materna del jefe de hogar. El grupo con lengua materna castellana presenta un gasto promedio de 180,99 soles, mientras que el grupo con lengua originaria (quechua, aymara u otra) muestra un gasto promedio de 135,19 soles.

Tabla 1. Características sociodemográficas, económicas y sanitarias según lengua materna en hogares del Perú (N=6616).

Variable	No castellano (n=1403; 19,5%)	Castellano (n=5213; 80,5%)	Total (N=6616; 100%)	Valor de p
GBS real mensual (soles reales 2023), media±DE	135,2±288,1	181,0±357,4	172,1±345,5	<0,001
Carga del gasto de bolsillo en salud (%), media±DE	6,0±9,6	5,8±7,9	5,9±8,3	<0,001
GBS en medicinas e insumos (soles reales 2023), media±DE	45,2±121,0	63,2±155,4	59,7±149,5	<0,001
Pobre, n (%)				<0,001
- No	1167 (82,8%)	4793 (89,9%)	5960 (88,5%)	
- Sí	236 (17,2%)	420 (10,1%)	656 (11,5%)	
Niños de 0 a 5 años, mediana (RI)*	0,0 (0,0–0,0)	0,0 (0,0–0,0)	0,0 (0,0–0,0)	<0,001
% niños de 0 a 5 años, media±DE	1,8±7,3	2,8±8,8	2,6±8,5	<0,001
Adultos de 60 a más años, mediana (RI)*	0,0 (0,0–1,0)	0,0 (0,0–1,0)	0,0 (0,0–1,0)	<0,001
% adultos de 60 a más años, media±DE	19,6±34,5	14,0±28,0	15,1±29,4	<0,001
Enfermos crónicos, mediana (RI)	1,0 (1,0–2,0)	1,0 (1,0–2,0)	1,0 (1,0–2,0)	<0,001
% enfermos crónicos, media±DE	53,1±39,6	48,1±37,2	49,1±37,8	<0,001
Total de perceptores de ingresos, mediana (RI)	2,0 (1,0–2,0)	2,0 (1,0–3,0)	2,0 (1,0–3,0)	<0,001
Sexo del JH, n (%)				<0,001
- Hombre	881 (60,5%)	3276 (60,9%)	4157 (60,8%)	
- Mujer	522 (39,5%)	1937 (39,1%)	2459 (39,2%)	
Edad del JH (años), media±DE	55,0±14,1	51,9±15,0	52,5±14,9	<0,001
Nivel educativo del JH, n (%)				<0,001
- Sin nivel o inicial	121 (7,1%)	103 (2,0%)	224 (3,0%)	
- Primaria	560 (39,5%)	901 (15,9%)	1461 (20,5%)	
- Secundaria	496 (38,4%)	2028 (43,4%)	2524 (42,4%)	
- Técnico	116 (8,3%)	933 (17,9%)	1049 (16,0%)	
- Universitario	110 (6,6%)	1248 (20,8%)	1358 (18,1%)	
Miembros del hogar, mediana (RI)	2,0 (1,0–4,0)	3,0 (2,0–4,0)	3,0 (2,0–4,0)	<0,001
Piso de tierra, n (%)				<0,001
- No	993 (76,7%)	4665 (91,3%)	5658 (88,5%)	
- Sí	410 (23,3%)	548 (8,7%)	958 (11,5%)	
Cocina con electricidad, GLP o gas, n (%)				<0,001
- No	284 (12,9%)	472 (6,7%)	756 (7,9%)	
- Sí	1119 (87,1%)	4741 (93,3%)	5860 (92,1%)	
Conexión a red pública de agua potable, n (%)				<0,001
- No	411 (25,0%)	570 (9,3%)	981 (12,4%)	
- Sí	992 (75,0%)	4643 (90,7%)	5635 (87,6%)	
Quintiles de ingreso neto total, n (%)				<0,001
- Quintil 1	472 (31,6%)	673 (11,5%)	1145 (15,5%)	
- Quintil 2	295 (17,6%)	787 (15,9%)	1082 (16,2%)	
- Quintil 3	222 (15,8%)	954 (18,4%)	1176 (17,9%)	
- Quintil 4	208 (17,4%)	1190 (24,2%)	1398 (22,9%)	
- Quintil 5	206 (17,5%)	1609 (30,0%)	1815 (27,5%)	
Año, n (%)				<0,001
- 2022	761 (55,4%)	2863 (53,9%)	3624 (54,2%)	
- 2023	642 (44,6%)	2350 (46,1%)	2992 (45,8%)	

* Los valores fueron de 0 debido a la poca frecuencia.

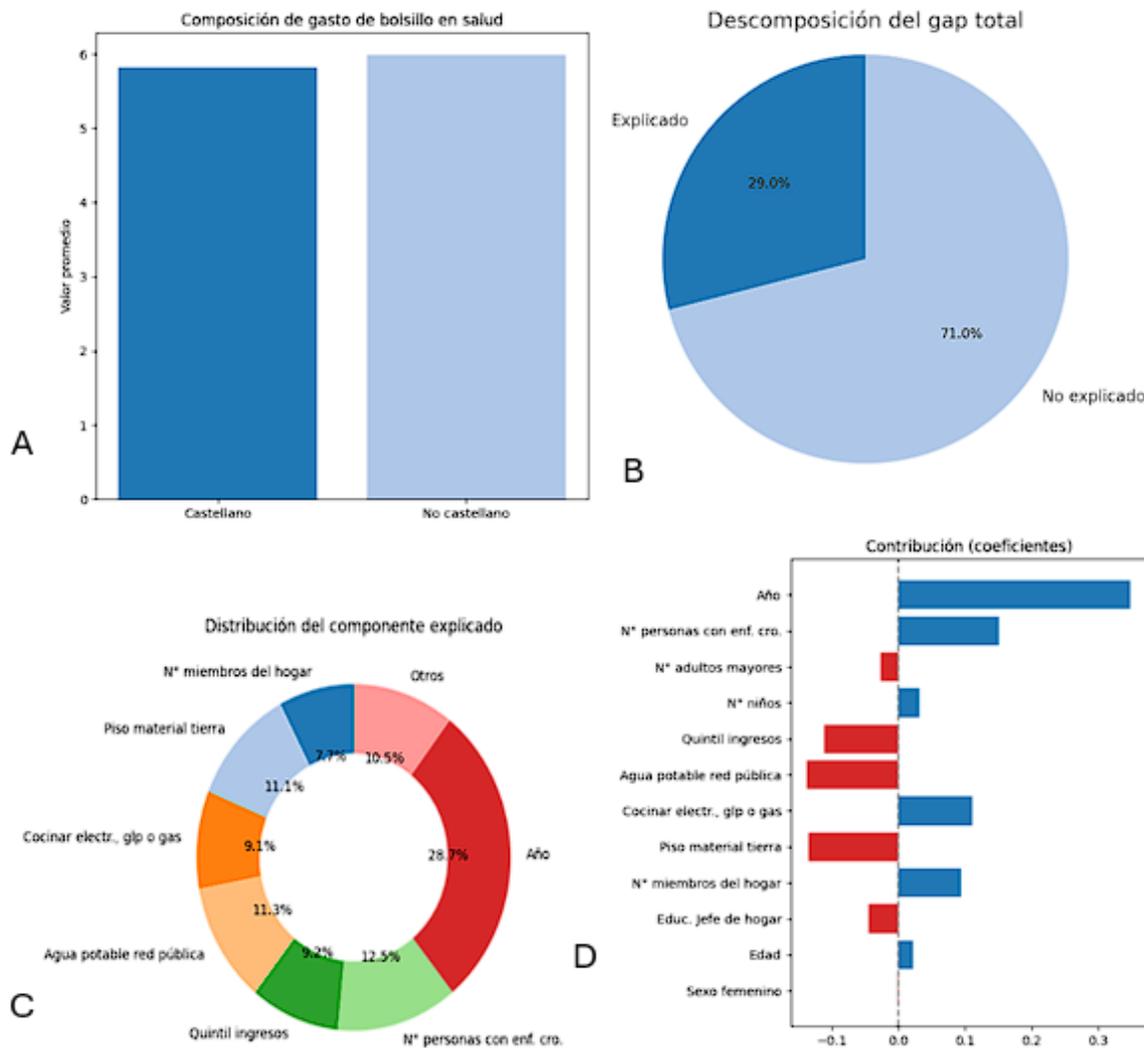
JH: Jefe del hogar. GBS: Gasto de bolsillo en salud. DE: Desviación estándar. RI: Rango intercuartílico.

Esta diferencia es representada mediante barras que permiten comparar visualmente ambos promedios (Figura 1A). Además, se observa que el quintil de ingresos tiene el mayor coeficiente positivo; es decir, las diferencias en nivel de ingreso explican buena parte del

mayor gasto entre los hablantes de castellano. Por otro lado, la figura 1B presenta la descomposición porcentual de la brecha total observada en el gasto de bolsillo en salud entre hogares según lengua materna. Del total de la diferencia, el 92,7 % corresponde a la parte explicada

por variables observables incluidas en el modelo, mientras que el 7,3 % corresponde a la parte no explicada. La contribución relativa de diferentes variables al componente explicado de la brecha en el gasto de bolsillo en salud (Figura 1C). Las variables con mayor peso porcentual son el quintil de ingresos (más

del 40 %), el número de personas con enfermedades crónicas, y el año de la encuesta. Otras variables como edad, sexo y nivel educativo tienen contribuciones menores. Para mayor detalle en significancia, intervalos de confianza y 3-part decomposition, se puede revisar la Tabla S1.



*No castellano: quechua, aymara u otra lengua originaria del Perú.

Figura 1. Descomposición Oaxaca-Blinder del gasto de bolsillo en salud en no asegurados por lengua materna.

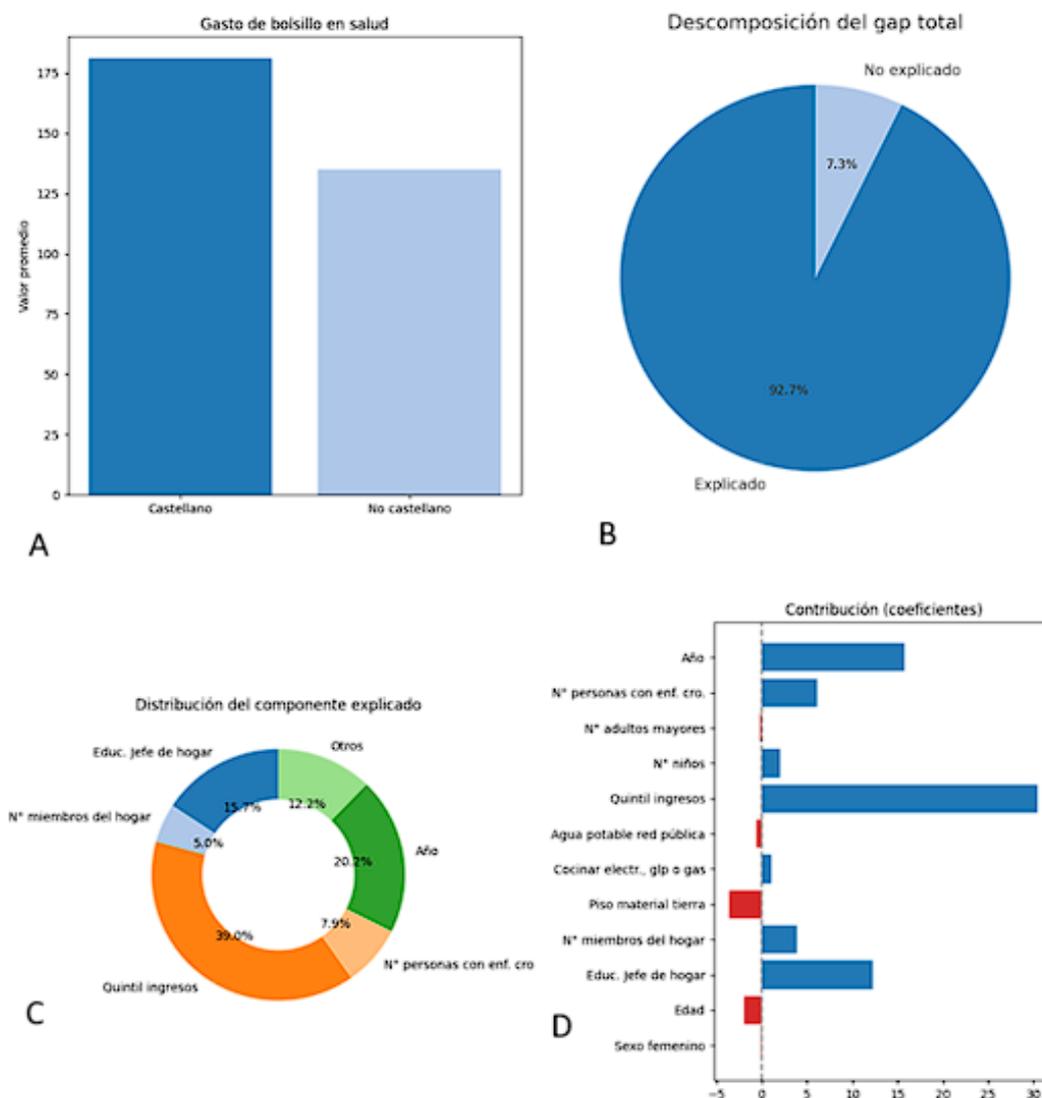
En la Figura 2A se observa que no existe una brecha clara en los promedios de la composición del gasto de bolsillo en salud: ambos grupos presentan valores muy similares (5,82 % frente a 5,99 %). Sin embargo, la descomposición indica que el 71,0 % de esta diferencia, aunque pequeña, no puede ser explicada por las variables observadas, lo que sugiere la influencia de factores no medidos (como el acceso a servicios, falta de tiempo o mayor prevalencia de enfermedades que impliquen gasto en salud). El 29,0 % explicado se distribuye principalmente entre variables como el año

(28,0 %), el número de personas con enfermedades crónicas (14,5 %) y el quintil de ingresos (13,5 %). Aunque las contribuciones absolutas son pequeñas, estas variables ayudan a entender parte del comportamiento observado. En el gráfico de barras, se muestra que el año y el número de personas con enfermedades crónicas tienen los coeficientes positivos más relevantes, mientras que variables como el sexo, la edad y el nivel educativo del jefe de hogar contribuyen negativamente, aunque en menor magnitud (Figura 1C). Esto indica que, pese a la brecha reducida, persisten

diferencias estructurales que siguen influyendo en la carga proporcional del gasto en salud. Para mayor información, se puede revisar la Tabla S2.

La Figura 3 analiza la brecha en el gasto de bolsillo en salud específicamente en medicamentos e insumos, entre hogares con jefes de hogar cuya lengua materna es el castellano y aquellos que declaran como lengua materna el quechua, aymara u otra lengua originaria del Perú. Se observa una diferencia notable: los hogares con jefes castellanohablantes reportan un gasto promedio de 63,22 soles, mientras que los hogares no castellanohablantes gastan 45,19 soles. La descomposición indica que el 69,0 % de esta brecha es atribuible a diferencias en características observables, mientras que el 31,0 % permanece sin explicar (aunque no significativo estadísticamente), lo cual podría deberse

a barreras no observadas como el acceso, la información o la discriminación. Dentro del componente explicado, las principales variables que contribuyen a la brecha son el año (43,4 %), el quintil de ingresos (23,8 %) y el número de personas con enfermedades crónicas (10,1 %). Estas variables reflejan factores estructurales como el contexto temporal, las condiciones económicas del hogar y la carga de salud. El gráfico de barras confirma que el año y el número de adultos mayores son los factores que más contribuyen al mayor gasto observado en el grupo castellanohablante, mientras que otras variables como el sexo, la edad, el acceso a agua potable o la presencia de piso de tierra presentan efectos pequeños o negativos, lo cual contribuye a cerrar la brecha. Para mayor información, se puede revisar la Tabla S3.



*No castellano: quechua, aymara u otra lengua originaria del Perú.

Figura 2. Descomposición Oaxaca-Blinder de la composición de gasto de bolsillo en salud en no asegurados por lengua materna.

Discusión

Uno de los hallazgos centrales de este estudio fue la existencia de una diferencia significativa en el gasto de bolsillo en salud entre los hogares castellanohablantes y los hogares quechua, aymara u originarios. Este patrón ha sido documentado previamente por Benites-Meza JK et al. [6] en el 2023, quienes encontraron un menor gasto de bolsillo en medicamentos en personas indígenas en el Perú, y advirtieron que esta diferencia no necesariamente implica mayor equidad, sino posiblemente menor utilización de servicios por barreras estructurales. De manera similar, Dieleman JL et al. evidenciaron que en los Estados Unidos las poblaciones indígenas y de otras minorías étnicas tienden a recibir menor gasto en atención ambulatoria, lo cual persiste incluso tras ajustar por edad y carga de enfermedad [10]. Este menor gasto ha sido interpretado no como un reflejo de menor necesidad, sino como señal de acceso limitado, como también sugiere Simmons M et al. [11] en el 2019, quienes reportaron que los grupos étnicos minoritarios con diabetes presentaban menores niveles de gasto de bolsillo, posiblemente por una menor utilización del sistema de salud. Esta evidencia en contextos diversos refuerza la idea de que los hogares no castellanohablantes en Perú pueden estar enfrentando múltiples barreras para acceder a servicios de salud, lo cual se manifiesta en niveles inferiores de gasto.

A nivel cualitativo, estudios en poblaciones indígenas de otras regiones también coinciden en identificar la existencia de obstáculos estructurales que afectan la relación de estos grupos con el sistema sanitario. Por ejemplo, Vera-Pinzon JS et al. mostraron cómo el desplazamiento forzado de comunidades indígenas en Colombia alteró profundamente su acceso a servicios de salud, afectado por el idioma, el entorno urbano hostil y la falta de inclusión de sus prácticas tradicionales [12]. De forma análoga, Skinner NA et al. en Guatemala y Silvestre CJ et al. en Filipinas identificaron la desconfianza en las instituciones de salud, la escasa adecuación cultural de los mensajes sanitarios, y las barreras idiomáticas como factores que limitaban el acceso a servicios esenciales como la vacunación [13,14]. Estas limitaciones de acceso, que tienden a invisibilizarse cuando se mide únicamente el gasto, pueden ocultar situaciones de vulnerabilidad. Por tanto, aunque el mayor gasto en salud entre hogares castellanohablantes pueda interpretarse inicialmente como un indicador de mayor carga económica, también podría reflejar un mayor aprovechamiento de servicios, en contraste con el subregistro o subuso por parte de hogares no castellanohablantes. Este hallazgo

alerta sobre la necesidad de complementar las métricas económicas con indicadores de utilización y acceso efectivo, especialmente en contextos étnicamente diversos.

El presente análisis confirma que la brecha en el gasto de bolsillo en salud entre hogares castellanohablantes y no castellanohablantes puede atribuirse, en su mayoría, a factores observables, especialmente al nivel de ingresos del hogar. Este hallazgo concuerda con lo documentado por Dieleman JL et al. [10] en el 2021, quienes encontraron que gran parte de las diferencias en el gasto en salud entre grupos raciales y étnicos en Estados Unidos estaba asociada al nivel de utilización de servicios, condicionado a su vez por características socioeconómicas. Asimismo, LaVeist TA et al. estimaron que el costo económico de las inequidades raciales y educativas en salud en ese país era sustancialmente elevado, y atribuible en gran parte a desigualdades estructurales persistentes como el acceso desigual a recursos, educación y empleo [15]. Desde una perspectiva temporal, Hanchate A et al. también mostraron que al final de la vida, las diferencias étnicas en gasto sanitario podían explicarse en más de la mitad por características sociodemográficas y contextuales, reforzando la idea de que el contexto económico y social modula el comportamiento del gasto [16].

En esta misma línea, el estudio de Mahajan S et al. evidenció que, a pesar de ciertos avances, las brechas en salud y acceso persisten de forma estable a lo largo del tiempo entre distintos grupos étnicos en Estados Unidos, incluso cuando se controla por ingreso [17]. Esta estabilidad sugiere que los factores estructurales tienden a perpetuar desigualdades sin intervenciones correctivas. Por su parte, An R. [18] demostró cómo el impacto económico de condiciones crónicas como la obesidad y el tabaquismo varía de forma significativa según nivel socioeconómico, género y grupo étnico, lo que ilustra cómo ciertas condiciones de salud amplifican el gasto cuando se combinan con factores sociales [18]. Además, Parmar J et al. en 2025, subrayan que aspectos como la alfabetización en salud también podrían mediar la adherencia al tratamiento y el uso de servicios, aunque los estudios actuales muestran resultados inconsistentes en esta relación [19]. Finalmente, Joo JY y Liu MF aportan un enfoque desde las intervenciones culturalmente adaptadas, destacando cómo la atención que no incorpora adecuadamente la diversidad cultural puede limitar su efectividad, incluso cuando existen recursos disponibles [20]. En conjunto, estos estudios respaldan el resultado encontrado y resaltan la necesidad de políticas

focalizadas que no solo reduzcan la pobreza, sino que también integren enfoques interculturales y adaptados a la realidad de los hogares históricamente excluidos.

El hallazgo de que los hogares no castellanohablantes destinan una mayor proporción de su gasto total al rubro de salud, pese a tener un gasto absoluto más bajo, sugiere un esfuerzo económico relativamente más alto y refleja una dimensión oculta de la desigualdad. Esta conclusión encuentra paralelismos con los resultados de Benites-Meza JK et al. [6] en el 2023, quienes señalaron que el menor gasto en medicamentos observado en personas que hablaban lenguas indígenas no implicaba necesariamente mejor acceso o equidad, sino una utilización reducida de los servicios de salud. En el mismo sentido, Simmons M et al. [11] observaron que adultos pertenecientes a minorías raciales en Estados Unidos presentaban menores gastos de bolsillo en diabetes, lo cual podría estar vinculado a menores niveles de utilización derivados de barreras sociales y estructurales. Este patrón también fue documentado por Wang J et al. [21] en un análisis de niños con cáncer, donde no se encontraron diferencias significativas en el gasto entre grupos raciales, pero se alertó sobre el sesgo que puede producir la baja utilización de servicios en poblaciones minoritarias.

Complementariamente, estudios cualitativos han permitido profundizar en los factores que podrían explicar este mayor esfuerzo relativo. Hossen MS et al. reportaron que las personas mayores indígenas del distrito de Chittagong Hill Tracts en Bangladesh enfrentan múltiples barreras al acceso a servicios de salud, entre ellas la lejanía geográfica, la escasez de recursos y los costos elevados, lo cual obliga a un uso selectivo y, en muchos casos, insuficiente del sistema [22]. Del mismo modo, Nawaz F y Bushra AN mostraron que las mujeres rurales de grupos étnicos minoritarios en Bangladesh enfrentan una serie de intersecciones entre género, etnicidad y pobreza que limitan su comportamiento de búsqueda de atención médica [23]. En América Latina, Skinner NA et al. revelaron que, incluso ante campañas masivas de salud pública como la vacunación contra la COVID-19, las poblaciones indígenas en Guatemala experimentaban barreras de acceso y desconfianza institucional que disminuían su participación, mientras que Silvestre CJ et al. identificaron problemas similares en Filipinas [13,14]. Estos hallazgos refuerzan la interpretación de que un menor gasto absoluto no representa necesariamente

una ventaja económica, sino que podría estar indicando una sobrerrepresentación de restricciones estructurales, donde incluso una inversión menor representa una carga mayor relativa para los hogares no castellanohablantes. Este resultado plantea la urgencia de considerar indicadores ajustados por capacidad de pago y no limitar el análisis a cifras nominales, particularmente cuando se evalúan desigualdades estructurales en poblaciones diversas.

En conjunto, los resultados de este estudio evidencian que las desigualdades en el gasto de bolsillo en salud según lengua materna responden a patrones estructurales persistentes. Esta situación refleja una tendencia regional en América Latina, donde, pese a una mayor cobertura formal, persisten brechas en el acceso y financiamiento de la salud. El gasto de bolsillo, especialmente en medicamentos, sigue siendo regresivo y afecta más a los hogares vulnerables, lo que sugiere que los menores montos reportados por hogares no castellanohablantes reflejan restricciones económicas más que menor necesidad [24]. Además, estudios comparativos en la región muestran que las brechas étnicas incluyen componentes no explicados vinculados a discriminación estructural [25], lo que refuerza que estas diferencias deben entenderse como parte de desigualdades sociales más amplias.

Una de las principales limitaciones de este estudio radica en la naturaleza observacional y transversal de los datos utilizados, lo que impide establecer relaciones causales entre la lengua materna del jefe de hogar y el gasto de bolsillo en salud, además una posibilidad de no reporte se puede dar por hogares rurales sin acceso o bajo acceso a establecimientos de salud, lo que disminuye el reporte de gasto en estos hogares, y no necesariamente un ahorro per se. Además, aunque la ENAHO proporciona información detallada y representativa a nivel nacional, los datos auto-reportados pueden estar sujetos a sesgos de recuerdo o subregistro, particularmente en lo referente a gastos de salud y características socioeconómicas. Asimismo, el análisis se centró en el gasto declarado, sin poder determinar si los montos menores reflejan barreras de acceso, menor necesidad percibida o calidad insuficiente del servicio recibido. Finalmente, al trabajar con hogares como unidad de análisis y no con individuos, se excluye la posibilidad de explorar dinámicas intrafamiliares que podrían influir en los patrones de gasto en salud.

Conclusión

En los tres análisis se observa que los hogares con jefes de hogar cuya lengua materna es el castellano presentan mayores niveles de gasto de bolsillo en salud en comparación con aquellos donde se habla quechua, aymara u otra lengua originaria del Perú. No obstante, la magnitud y la explicación de esta brecha varían según el tipo de gasto evaluado. En el gasto total en salud y en medicamentos e insumos, la brecha es clara y estadísticamente significativa, mientras que en la proporción del ingreso destinada a salud, la diferencia es reducida e incluso desfavorable para los hogares no castellanohablantes.

La descomposición de Oaxaca indica que gran parte de la brecha en el gasto total y en medicamentos se explica por factores observables como el nivel de ingresos, la presencia de enfermedades crónicas y el año de la encuesta, siendo este último especialmente relevante. Estas variables estructurales tienden a ampliar la desigualdad, ya que los hogares castellanohablantes se concentran en quintiles de ingreso más altos y con mayor acceso a servicios. En contraste, factores como la edad, el sexo del jefe de hogar y ciertas condiciones habitacionales reducen ligeramente la brecha, aunque con bajo peso explicativo.

En cuanto a la composición del gasto de bolsillo, solo una tercera parte de la diferencia puede atribuirse a las variables observadas, lo que sugiere la influencia de factores no medidos que podrían estar afectando el esfuerzo económico relativo de los hogares. En conjunto, los hallazgos evidencian que las desigualdades en el acceso y uso de servicios de salud en el Perú están determinadas por el nivel socioeconómico, el momento histórico y la carga de enfermedad. Si bien los hogares castellanohablantes gastan más en términos absolutos, ello no implica una distribución inequitativa del gasto, ya que los hogares no castellanohablantes destinan una mayor proporción de sus ingresos a salud, lo que refleja un esfuerzo económico potencialmente más alto, aun cuando el gasto en soles reales sea menor.

Referencias bibliográficas

1. Berlowitz I, Pesantes MA, Cárdenas Palacios C, Martin-Soelch C, Wolf U, Maake C. Towards culturally inclusive healthcare in Peru: Mapping epistemic concepts in contemporary Indigenous Amazonian medicine-Traditional healers' perspectives. *PLOS Glob Public Health*. 2025;5(1):e0003912. doi: [10.1371/journal.pgph.0003912](https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003912)

2. Paulino NA, Vázquez MS, Bolúmar F. Indigenous language and inequitable maternal health care, Guatemala, Mexico, Peru and the Plurinational State of Bolivia. *Bull World Health Organ*. 2018;97(1):59–67. doi: [10.2471/BLT.18.216184](https://doi.org/10.2471/BLT.18.216184)

3. Little BB, Shakib S, Pena Reyes ME, Karimi S, Vu GT, Dupré N, McKinney WP, Mitra R. COVID-19 infection and mortality among non-pregnant indigenous adults in Mexico 2020-2022: impact of marginalisation. *J Glob Health*. 2023;13:06030. doi: [10.7189/jogh.13.06030](https://doi.org/10.7189/jogh.13.06030)

4. Oyarte M, Cabieses B, Rada I, Blukacz A, Espinoza M, Mezones-Holguin E. Unequal Access and Use of Health Care Services among Settled Immigrants, Recent Immigrants, and Locals: A Comparative Analysis of a Nationally Representative Survey in Chile. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;20(1):741. doi: [10.3390/ijerph20010741](https://doi.org/10.3390/ijerph20010741)

5. Ramos Rosas E, Winkler V, Brenner S, De Allegri M. Identifying the determinants of health insurance coverage among Peruvian women of reproductive age: an assessment based on the national Peruvian demographic survey of 2017. *Int J Equity Health*. 2020;19(1):195. doi: [10.1186/s12939-020-01310-4](https://doi.org/10.1186/s12939-020-01310-4)

6. Benites-Meza JK, Pinedo-Castillo L, Cabanillas-Lazo M, Herrera-Añazco P, Mougén B, Benites-Zapata VA. Ethnic disparities in out-of-pocket expense on medicines in Peru: evidence from a nationwide survey. *Public Health Pract (Oxf)*. 2023;6:100442. doi: [10.1016/j.puhip.2023.100442](https://doi.org/10.1016/j.puhip.2023.100442)

7. Blinder AS. Wage Discrimination: Reduced Form and Structural Estimates. *J Hum Resour*. 1973;8(4):436–55. doi: [10.2307/144855](https://doi.org/10.2307/144855)

8. Oaxaca R. Male-Female Wage Differentials in Urban Labor Markets. *Int Econ Rev*. 1973;14(3):693–709. doi: [10.2307/2525981](https://doi.org/10.2307/2525981)

9. Xu K, Organización Mundial de la Salud. Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos: metodología [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005 [citado el 21 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/85626>

10. Dieleman JL, Chen C, Crosby SW, Liu A, McCracken D, Pollock IA, et al. US Health Care Spending by Race and Ethnicity, 2002-2016. *JAMA*. 2021;326(7):649–59. doi: [10.1001/jama.2021.9937](https://doi.org/10.1001/jama.2021.9937)

11. Simmons M, Bishu KG, Williams JS, Walker RJ, Dawson AZ, Egede LE. Racial and Ethnic Differences in Out-of-Pocket Expenses among Adults with Diabetes. *J Natl Med Assoc.* 2019;111(1):28–36. doi: [10.1016/j.jnma.2018.04.004](https://doi.org/10.1016/j.jnma.2018.04.004)
12. Vera-Pinzon JS, De Vivero-Plaza MC, Laura Daniela A-P, Acuña-Callejas MF, Vargas-Cruz S, Tolosa-Castro F, et al. Urban Migration as a Social Determinant of Health for Wounaan Indigenous People Residing in Bogotá, Colombia. *World Med Health Policy.* 2025; doi: [10.1002/wmh3.70005](https://doi.org/10.1002/wmh3.70005)
13. Skinner NA, Sanders K, Lopez E, Sotz Mux MS, Abascal Miguel L, Vosburg KB, et al. Barriers to COVID-19 vaccine acceptance to improve messages for vaccine uptake in indigenous populations in the central highlands of Guatemala: a participatory qualitative study. *BMJ Open.* 2023;13(1):e067210. doi: [10.1136/bmjopen-2022-067210](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067210)
14. Silvestre CJ, Sornillo BJT, Endoma V, Bravo TA, Aligato M, Demonteverde MP, et al. Newness, unfamiliarity, and cultural beliefs; social and behavioural barriers to COVID-19 vaccination among the Dumagat Remontado, an Indigenous population in the Philippines. *Health Place.* 2025;93:103444. doi: [10.1016/j.healthplace.2025.103444](https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2025.103444)
15. LaVeist TA, Pérez-Stable EJ, Richard P, Anderson A, Isaac LA, Santiago R, et al. The Economic Burden of Racial, Ethnic, and Educational Health Inequities in the US. *JAMA.* 2023;329(19):1682–92. doi: [10.1001/jama.2023.5965](https://doi.org/10.1001/jama.2023.5965)
16. Hanchate A, Kronman AC, Young-Xu Y, Ash AS, Emanuel E. Racial and ethnic differences in end-of-life costs: why do minorities cost more than whites? *Arch Intern Med.* 2009;169(5):493–501. doi: [10.1001/archinternmed.2008.616](https://doi.org/10.1001/archinternmed.2008.616)
17. Mahajan S, Caraballo C, Lu Y, Valero-Elizondo J, Massey D, Annapureddy AR, et al. Trends in Differences in Health Status and Health Care Access and Affordability by Race and Ethnicity in the United States, 1999-2018. *JAMA.* 2021;326(7):637–48. doi: [10.1001/jama.2021.9907](https://doi.org/10.1001/jama.2021.9907)
18. An R. Health care expenses in relation to obesity and smoking among U.S. adults by gender, race/ethnicity, and age group: 1998–2011. *Public Health.* 2015;129(1):29–36. doi: [10.1016/j.puhe.2014.11.003](https://doi.org/10.1016/j.puhe.2014.11.003)
19. Parmar J, El Masri A, MacMillan F, McCaffery K, Arora A. Health literacy and medication adherence in adults from ethnic minority backgrounds with Type 2 Diabetes Mellitus: a systematic review. *BMC Public Health.* 2025;25(1):222. doi: [10.1186/s12889-024-20734-z](https://doi.org/10.1186/s12889-024-20734-z)
20. Joo JY, Liu MF. Culturally tailored interventions for ethnic minorities: A scoping review. *Nurs Open.* 2020;8(5):2078–90. doi: [10.1002/nop2.733](https://doi.org/10.1002/nop2.733)
21. Wang J, Dong Z, Hong SH, Suda KJ. A comparison of direct medical costs across racial and ethnic groups among children with cancer. *Curr Med Res Opin.* 2008;24(3):847–58. doi: [10.1185/030079908X273390](https://doi.org/10.1185/030079908X273390)
22. Hossen MS, Sohel MS, Horaira GA, Laskor MAH, Sumi ABA, Chowdhury S, et al. Exploring barriers to accessing healthcare services for older indigenous people in the Chittagong Hill Tract, Bangladesh. *AIMS Public Health.* 2023;10(3):678–97. doi: [10.3934/publichealth.2023047](https://doi.org/10.3934/publichealth.2023047)
23. Nawaz F, Bushra AN. Health-Seeking Behavior of Rural Ethnic Women in Bangladesh: A critical analysis through intersectional lens. *Arab Econ Bus J.* 2023;15(2). doi: [10.38039/2214-4625.1029](https://doi.org/10.38039/2214-4625.1029)
24. Cortez R, Medici A, Singh R. Out-of-Pocket Spending and Financial Equity in the Access to Medicines in Latin America: Trends and Challenges: 2010-2020. *J Law Med Ethics.* 2023;51(S1):17–38. doi: [10.1017/jime.2023.136](https://doi.org/10.1017/jime.2023.136)
25. Gómez-Echeverry S. Within the cracks of the cosmic race: Income inequalities by race and ethnicity in Latin America. *World Dev.* 2024;184:106764. doi: [10.1016/j.worlddev.2024.106764](https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2024.106764)